

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MAYRA GONÇALVES MENEGUETI

**Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar em
Serviços de Saúde do Município de Ribeirão Preto**

RIBEIRÃO PRETO

2013

MAYRA GONÇALVES MENEGUETI

**Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar em
Serviços de Saúde do Município de Ribeirão Preto**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Laus

RIBEIRÃO PRETO

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Meneguetti, Mayra Gonçalves

Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar em Serviços de Saúde do Município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2013.

105 p. : il. ; 30cm

Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Laus, Ana Maria.

1. Indicadores de qualidade.
2. Avaliação em saúde.
3. Programa de controle de infecção hospitalar.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mayra Gonçalves Meneguetti

Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar em Serviços de Saúde do Município de Ribeirão Preto.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Maisa e Hildo, por sempre estarem ao meu lado, me darem todo o apoio, amor, incentivo, confiança e respeito todos os dias da minha vida;

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me iluminar, dar força e perseverança para realização deste trabalho. Princípio, meio e razão da existência de todas as coisas no universo;

A toda minha família, em especial aos meus pais pelo apoio, carinho e compreensão em todos os momentos.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Ana Maria Laus, pelos valiosos ensinamentos ao longo desta caminhada. Obrigada pela competência, apoio, sabedoria, paciência, disponibilidade, atenção e estímulo irrestritos e por acreditar em meu trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Maria Auxiliadora Martins e ao Prof. Dr. Anibal Basile Filho pelos valiosos ensinamentos e por toda a parceria durante toda esta trajetória. Obrigada por sempre acreditarem em mim e estimularem “o meu lado de pesquisadora”.

Ao Prof. Dr. Fernando Bellissimo Rodrigues e a Prof^a Dr^a Silvia Rita Marin da Silva Canini pelas sugestões fundamentais no aperfeiçoamento do estudo, disponibilidade e atenção despendida no decorrer desta trajetória.

À Prof^a Dr^a Rúbia Lacerda pela construção do instrumento utilizado nesta pesquisa e pelo apoio e disponibilidade para o desenvolvimento deste estudo, bem como pelas sugestões dadas.

À equipe da CCIH do Hospital das Clínicas, pelo apoio e compreensão durante este trabalho, em especial ao Dr. Gilberto Gambero Gaspar e a enfermeira Maria Fernanda Cabral Kourrouski pela ajuda e sugestões de grande valia.

Aos hospitais participantes deste estudo, em especial aos enfermeiros e médicos que colaboraram na entrevista, pela disponibilidade.

À Enfermeira Dr^a Miyeko Hayashida pelas sugestões fundamentais no aperfeiçoamento do estudo.

As minhas amigas da pós-graduação por toda atenção e parceria durante toda a caminhada.

Enfim, obrigada a todos os meus amigos e pessoas que torceram por mim e que ajudaram de uma maneira ou de outra a realização deste sonho.

RESUMO

MENEGUETI, MAYRA GONÇALVES. **Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar em Serviços de Saúde do Município de Ribeirão Preto.** 2013. 105f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

As infecções hospitalares (IH) são consideradas importantes fatores de complicação no tratamento de pacientes internados, pois causam sofrimento, contribuem para o aumento das taxas de morbidade, mortalidade e tempo de permanência no hospital e conseqüentemente elevam os custos da internação. O Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) ainda é a principal e mais reconhecida alternativa para o estabelecimento de ações de controle e prevenção de IH e a avaliação de seu desempenho é essencial nas diferentes instituições de saúde, pois o fato de haver legislações vigentes no país sobre a obrigatoriedade da implantação de um PCIH não garante a sua existência, implantação e efetividade. Para a avaliação dos processos de trabalho, a literatura recomenda a utilização de indicadores de estrutura, processo e resultado. Assim, este estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência à saúde quanto à adoção das diretrizes dos PCIH nas instituições hospitalares da cidade de Ribeirão Preto. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa. A população foi composta por 16 PCIH dos serviços de saúde do município, sendo que 13 deles participaram do estudo. Para a obtenção dos dados foram realizadas entrevistas com os membros das comissões de controle de infecção hospitalar (CCIH) das instituições incluídas e análises de documentos comprobatórios. Os instrumentos utilizados, na forma de indicadores clínicos processuais são de domínio público e estão disponibilizados no Manual de Indicadores de Avaliação de Práticas de Controle de IH. O indicador 1 de Avaliação da Estrutura Técnico-Operacional do PCIH (PCET) apresentou 75% de conformidade, sendo as principais não conformidades referentes à carência de profissional médico (46,15%) ou ainda enfermeiro sem exclusividade à CCIH e/ou com tempo de atividade não suficiente (38,46%), além da ausência de espaço físico delimitado e exclusivo (30,77%). Para o Indicador de Avaliação das Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de IH (PCDO) a taxa de conformidade encontrada neste estudo foi de 58,97%. O item de menor conformidade foi referente à padronização de soluções germicidas e anti-sépticos (46,15%). O Indicador de Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de IH (PCVE) apresentou 82% de conformidade. O componente com elevada inadequação (46,16%) foi o que questiona se relatórios correlacionam resultados de IH com estratégias de controle e prevenção adotadas (intervenções). Outro item com baixa conformidade foi relacionado aos critérios padronizados utilizados para notificação de IH, sendo que em média apenas 60% das instituições o fazem. Para o Indicador de Avaliação das Atividades de Controle e Prevenção de IH (PCCP) obteve-se taxa de conformidade de 60,29%, sendo que referente às atividades desenvolvidas no laboratório de análises clínicas e anatomia patológica nenhum serviço apresentou evidências de realização destas. A presente investigação identificou que estes indicadores são aplicáveis às instituições de saúde, podendo e devendo ser utilizados para auditoria interna, bem como pela vigilância sanitária para avaliação dos PCIH. Conclui-se também que muitas vezes as atividades das CCIH ficam restritas àquelas de natureza burocrática, com preenchimento de relatórios e envio de taxas para cumprimento da exigência das normas legais não privilegiando as direcionadas a melhoria contínua da qualidade e a segurança do paciente, conhecendo o problema das infecções e trabalhando para a redução real destas, evidenciando uma grande lacuna entre as recomendações e a prática.

Palavras-chave: Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Avaliação em saúde. Programas de Controle de Infecção Hospitalar.

ABSTRACT

MENEGUETI, MAYRA GONÇALVES. **Evaluation of Hospital Infection Programs in Health Facilities of Ribeirão Preto.** 2013. 105p. Dissertation (Master's Degree) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2013.

Hospital infections (HI) are considered to be important complication factors of inpatient treatments, because they cause suffering, contribute with higher morbidity and mortality rates, and increase the length of stay, eventually increasing the costs of hospitalization. The Hospital Infection Control Program (HICP) remains the best acknowledged alternative to establishing HI prevention and control measures, and evaluating HICP performance is essential across different health facilities, because just the fact Brazil has laws determining the implementation of a HICP is not enough to guarantee it will be implemented and function effectively. According to literature, working processes should be evaluated considering indicators of structure, process and outcome. Therefore, the objective of this study was to evaluate the quality of health care delivered in hospitals in the city of Ribeirão Preto, in terms of adopting HICP guidelines. This is a descriptive and exploratory study, using a quantitative approach. The population consisted of 16 HICP of the city health network services, 13 of them participated in the study. Data collection was performed through interviews with the members of hospital infection control committees (HICC) of the services included, and by analyzing substantiating documents. The instruments used, in the form of clinical process indicators, are of public domain and made available by the Manual of Indicators for HI Control Practice Evaluation. The Indicator 1 for the Evaluation of the Technical-Operational Structure of the HICP (CPTS) presented a 75% compliance, and the main non-compliance issues were regarding the need for medical professionals (46.15%) or, yet, nurses that were not exclusive to the HICC and/or with insufficient working hours (38.46%), besides the lack of a specified and exclusive physical area (30.77%). Regarding the Indicator for the Evaluation of the Operational Guidelines for HI Control and Prevention (CPOG) the compliance rate was 58.97%. The item with the lowest compliance rate referred to the standardization of germicide and antiseptic solutions (46.15%). The Indicator for the Evaluation of the Epidemiological Surveillance System for HI (CPES) presented 82% compliance. The component with high inadequacy (46.16%) was that which verifies if reports correlate HI outcomes with the adopted control and prevention strategies (interventions). Another item with poor compliance was related to the standard criteria used to notify HI, which is followed only by an average of 60% of the institutions. Regarding the Indicator for the Evaluation of HI Control and Prevention Activities (CPPC) a 60.29% compliance rate was obtained, in that in terms of the activities performed in the clinical and pathological anatomy analysis laboratory none of the services presented evidence of their implementation. The present investigation allowed for identifying that these indicators are applicable to health institutions, and, therefore, could and should be used for internal audits, as well as by the health surveillance with the purpose of evaluating HICP. In conclusion, HICC are often restricted to bureaucratic activities, such as completing report and forwarding fees to enforce compliance of the law and fail to make effective efforts in improving service quality and patient safety, identifying the infection problems and working to achieve a real reduction in HI rates, which shows a gap between guidelines and practice.

Keywords: Quality indicators, health care. Health evaluation. Hospital Infection Control Programs.

RESUMEN

MENEGUETI, MAYRA GONÇALVES. **Evaluación de los Programas de Control de Infección Hospitalaria en Servicios de Salud del Municipio de Ribeirão Preto**. 2013. 105f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Las infecciones hospitalarias (IH) son consideradas importantes factores de complicación en el tratamiento de pacientes internados, causándoles sufrimiento, contribuyendo al aumento de tasas de morbilidad, mortalidad, permanencia en el hospital y, consecuentemente, elevan los costos de internación. El Programa de Control de Infección Hospitalaria (PCIH) es aún la principal y más reconocida alternativa para el establecimiento de acciones de control y prevención de IH, y la evaluación de su desempeño es esencial en las diferentes instituciones de salud, pues el hecho de que hayan Legislaciones vigentes en el país sobre la obligatoriedad de implantar un PCIH no garantiza su existencia, implantación y efectividad. Para evaluar los procesos de trabajo, la literatura recomienda utilizar indicadores de estructura, proceso y resultado. Este estudio objetivó evaluar la calidad de atención de salud respecto a la adopción de las directivas de los PCIH en instituciones hospitalarias de la ciudad de Ribeirão Preto. Estudio descriptivo, exploratorio, con abordaje cuantitativo. La población fue integrada por 16 PCIH de servicios de salud del municipio, 13 de ellos participaron en el estudio. Para obtención de datos fueron realizadas entrevistas con los miembros de las comisiones de control de infección hospitalaria (CCIH) de las instituciones incluidas, y análisis de documentación comprobatoria. Los instrumentos utilizados como indicadores clínicos de proceso son de dominio público y están disponibles en el Manual de Indicadores de Evaluación de Práctica de Control de IH. El indicador 1 de Evaluación de Estructura Técnico-Operativa del PCIH (PCET) expresó 75% de conformidad, refiriéndose las principales disconformidades a la carencia de profesional médico (46,15%) o inclusive enfermero sin exclusividad de la CCIH y/o con tiempo de actividad insuficiente (38,46%), además de falta de espacio físico delimitado y exclusivo (30,77%). Para el Indicador de Evaluación de Directivas Operacionales de Control y Prevención de IH (PCDO), la tasa de conformidad encontrada en este estudio fue de 58,97%. El ítem de menor conformidad fue referente a la estandarización de soluciones germicidas y antisépticos (46,15%). El Indicador de Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de IH (PCVE) expresó 82% de conformidad. El componente de elevada inadecuación (46,16%) fue el que cuestiona si los informes correlacionan resultados de IH con estrategias de control y prevención adoptadas (intervenciones). Otro ítem con baja conformidad fue relacionado a los criterios estandarizados utilizados para notificación de IH, siendo que en promedio, sólo 60% de las instituciones lo realizan. Para el Indicador de Evaluación de Actividades de Control y Prevención de IH (PCCP) se obtuvo tasa de conformidad de 60,29%, siendo que en referencia a actividades desarrolladas en laboratorios de análisis clínicos y anatomía patológica, ningún servicio presentó evidencias de su realización. A través de la presente investigación se identificó que estos indicadores son aplicables a las instituciones de salud, pudiendo y debiendo ser utilizados para auditoría interna, así como por vigilancia sanitaria para evaluación de los PCIH. Se concluye también en que muchas veces, las CCIH se limitan a actividades burocráticas, elaboración de informe y envío de documentos para cumplir las exigencias legales, sin actuar efectivamente en la mejora continua de calidad y seguridad del paciente, conociendo el problema de las infecciones y trabajando para su reducción real, lo que muestra una gran brecha entre los recomendaciones y la práctica.

Palabras Clave: Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Evaluación en Salud; Programas de Control de Infección Hospitalaria.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Distribuição das instituições de saúde (n=13), segundo o tipo de assistência prestada e acreditação. Ribeirão Preto, SP, 2013	46
Tabela 2	– Distribuição das instituições de saúde (n=13), segundo porte e entidade mantenedora. Ribeirão Preto, SP, 2013.....	47
Tabela 3	– Distribuição das instituições de saúde (n=13), segundo estrutura física. Ribeirão Preto, SP, 2013	47
Tabela 4	– Distribuição dos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (n=13). Ribeirão Preto, SP, 2013	48
Tabela 5	– Distribuição dos profissionais (n=33) atuantes nos Programas de Controle de Infecção Hospitalar. Ribeirão Preto, SP, 2013	49
Tabela 6	– Treinamentos promovidos pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (n=13). Ribeirão Preto, SP, 2013	50
Tabela 7	– Atividades das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (n=13). Ribeirão Preto, SP, 2013	50
Tabela 8	– Valores de conformidade para o Indicador 1 aplicado, nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013	51
Tabela 9	– Valores de conformidade para o Indicador 2 aplicado nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013	52
Tabela 10	– Valores de conformidade para o Indicador 3 aplicado nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013	53
Tabela 11	– Valores de conformidade para o Indicador 4 aplicado nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013	54
Tabela 12	– Valores de conformidade por item do Indicador 1 aplicado nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013	55
Tabela 13	– Valores de conformidade por item do Indicador 2 aplicado nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013	57
Tabela 14	– Valores de conformidade por item do Indicador 3 aplicado nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013	59
Tabela 15	– Valores de conformidade por item do Indicador 4 aplicado nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
FNQ	Fundação Nacional da Qualidade
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UCO	Unidade Coronariana
IH	Infecção Hospitalar
IRAS	Infecções relacionadas à assistência à saúde
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
ITUSVD	Infecção do trato urinário relacionada à sonda vesical de demora
IPCSRC	Infecção Primária da corrente sanguínea relacionada a cateter
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
NNISS	National Nosocomial Infection Surveillance System
SHEA	Society of Healthcare Epidemiology of Americana
MS	Ministério da Saúde
GM	Gabinete do Ministro
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do paciente
IOM	Instituto de Medicina Americano

SUMÁRIO

1 Introdução.....	16
1.1 Qualidade em Saúde.....	17
1.2 Qualidade da assistência e segurança do paciente	18
1.3 Avaliação da qualidade em saúde.....	20
1.4 Avaliação por meio de indicadores clínicos.....	22
1.5 Infecções hospitalares no contexto da qualidade das instituições de saúde.....	25
1.6 Epidemiologia das infecções hospitalares.....	27
1.7 Controle das infecções hospitalares no Brasil.....	28
2 Objetivos	36
2.1 Objetivo geral	37
2.2 Objetivos específicos	37
3 Material e Métodos	38
3.1 Delineamento do estudo.....	39
3.2 Local do estudo	39
3.3 População	40
3.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados.....	40
3.5 Capacitação do pesquisador	43
3.6 Análise dos dados	43
3.7 Procedimentos éticos	44
4 Resultados	45
5 Discussão	63
6 Considerações Finais	78
6.1 Limitações	79
6.2 Contribuições para a prática.....	79
6.3 Conclusões.....	80
Referências	82
Apêndices	91
Anexos	96

Apresentação

O Enfermeiro

“Uma pessoa comum?

Creio que não.

Tem sentimentos comuns como frustrações, medo, alegrias, ressentimentos, solidão, tristeza, e dor...

Mas suas atitudes não são comuns.

Perseverança, prudência, heroísmo, coragem, eficiência, amor, o eleva, o transcende.

Seu carinho acalenta, seu sorriso acalma, seu entusiasmo alegra, seu vigor encoraja, sua palavra conforta.

Há momentos que são considerados carrascos, maus, cruéis, impiedoso, mas logo se reconhece... precisa ser feito, é para o seu bem.

Ele cuida, apóia e acolhe.

Chora, sorri e sofre com o sofrimento do outro.

Estuda, pesquisa, busca soluções.

Não se conforma, luta, e sua batalha é árdua.

Perde noites de sono, horas de almoço, momentos de lazer, sem nenhum pesar, pois sabe que o que vale é a satisfação do dever cumprido, isso sim, é recompensa de todas as suas perdas.

Conhece a imperfeição humana, apenas o ama... intensamente...sem cobranças.

Não espera, age, estende a mão antes que a peçam, pois sabe que da sua ação depende a vida!

Reconhece a importância do cuidar, que é o seu maior dom.

Sabe a importância do fruto que colhe.

E quando nada mais pode fazer, segura a mão e, apenas sorri...”

Sandra Helena de O. Jauhar

“A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes”.

Florence Nightingale

No início da minha carreira profissional, percebi o quanto realmente nossa profissão é uma arte e quantos são os desafios... caminhos difíceis, onde se mistura dor e sofrimento com carinho e atenção... muitas vitórias, muitas derrotas... e a certeza que tentamos o melhor...

Após a graduação, cursei a especialização em prevenção e controle de infecção hospitalar nos serviços de saúde e tive uma ótima oportunidade de trabalho em um hospital privado no qual comecei a atuar em controle de infecção. Um universo brilhante.

Essa vivência deu a oportunidade de relacionar-me com as diferentes equipes que ali atuavam, e a cada dia novos desafios ampliaram meu interesse pela área, consolidando minha percepção de que o enfermeiro é peça fundamental para o desenvolvimento da qualidade da assistência e o controle de infecção.

A complexidade dos cuidados, a variedade de procedimentos invasivos que são realizados pela equipe de saúde, diariamente, e a questão do controle de Infecção Hospitalar (IH) me despertaram para investigar com maior profundidade as atividades voltadas ao controle de infecção.

As dificuldades na implementação das ações no dia a dia me estimularam a conhecer o panorama das comissões no município onde atuo e contribuir para mudanças e transformação dos serviços de controle de IH, em peças atuantes e fundamentais a busca pela melhoria da qualidade assistencial.

Diante do exposto, julgou-se oportuno a realização do presente estudo.

1 Introdução

1.1 Qualidade em Saúde

O movimento pela qualidade, introduzido primeiramente no setor industrial e logo em seguida no de serviços, expandiu-se para o setor saúde, a partir dos anos 80. Esse fato se deve, principalmente, ao aumento da demanda por cuidados de saúde com custos crescentes e recursos limitados, associado às inovações tecnológicas. Contribui para isso também a conscientização dos usuários que se tornam cada dia mais exigentes, diante da ineficiência dos serviços e ao acesso desigual (ADAMI, et al., 2003; ANTUNES, 1997; BRAZ, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1988; SHAW; KALO, 2002).

Os programas de garantia da qualidade em saúde têm sido preocupação prioritária da Organização Mundial da Saúde (OMS) (VUORI, 1982). Nos últimos anos, a qualidade é considerada componente estratégico na maioria dos países do mundo, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e o tipo de sistema de saúde adotado (ORTIGOSA, 2000).

Em 1990, a Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) definiu a qualidade da assistência médico-hospitalar como “o grau segundo o qual os cuidados com a saúde do paciente aumentam a possibilidade da desejada recuperação do mesmo e reduzem a probabilidade do aparecimento de eventos indesejados, dado o atual estado de conhecimento” (MIRSHAWKA, 1994).

Donabedian, et al. (1992) apresenta o conceito de que:

O melhor cuidado é o que maximiza o bem-estar do paciente, levando em conta o balanço de ganhos e perdas esperados que acompanham o processo do cuidado em todas as etapas. Portanto, a assistência de qualidade implica em aumentar as probabilidades de êxito e reduzir aquelas consideradas como indesejáveis.

Para a Fundação Nacional da Qualidade, responsável pelo Prêmio Nacional de Gestão em Saúde, qualidade consiste “na totalidade de características de uma atividade ou processo, produto, organização, ou uma combinação desses, que confere à instituição a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas” (FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (FNQ), 2006).

Já o Instituto Americano de Medicina - Institute of Medicine (IOM) - define qualidade como “o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de se atingir desfechos desejados de saúde tanto de indivíduos quanto de populações, e que são consistentes com o conhecimento profissional corrente” (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Esse instituto ainda elencou seis dimensões para a qualidade em sistemas de saúde no relatório *Crossing the Quality Chasm* que são: segurança do paciente, objetivos centrados no paciente, efetividade, eficiência, oportunidade e equidade. Dessa maneira, traz à tona o tema segurança do paciente como um subproduto da qualidade (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

1.2 Qualidade da assistência e segurança do paciente

O termo segurança do paciente envolve a prevenção de incidentes evitáveis, causados aos pacientes durante a assistência à saúde. Um incidente em saúde é uma circunstância que tem potencial para causar danos aos pacientes. Um incidente pode ser sem dano, com dano (ou evento adverso) ou potencial evento adverso (near miss) (WHO, 2009).

Near miss é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um erro grave ou incidente que tenha o potencial para causar evento adverso, mas não ocorreu por acaso, ou porque foi interceptado intencionalmente. Já o evento adverso se refere a qualquer incidente evitável que cause danos aos pacientes, podendo ser cometido por qualquer membro da equipe e ocorrendo em qualquer momento do processo do cuidado (CAPUCHO, 2011; WHO, 2009).

Na década de 90, o relatório *Errar é humano (To err is human: building a safer health system)*, publicado pelo IOM estimou que nos Estados Unidos houve de 44.000 a 98.000 mortes de pacientes em decorrência de erros na assistência à saúde. Também estimou um custo global dos eventos adversos evitáveis em torno de 17 a 29 bilhões de dólares (KOHN, et al., 2000).

Bates et al. (1997) observaram taxa de incidência de eventos adversos de 6,0% (247/4.108 pacientes), sendo a proporção de eventos evitáveis de 28% (70 pacientes) e casos fatais 1% (3 pacientes). Identificaram aumento no tempo de

permanência associado ao evento de 2,2 dias e custos adicionais de US\$ 3.244 (BATES, et al., 1997).

No Brasil, pesquisa realizada em três hospitais de ensino do Município do Rio de Janeiro evidenciou incidência de 7,6% pacientes com eventos adversos, sendo que 66,7% desses eram evitáveis (MENDES, et al., 2009).

Outro estudo, realizado em uma unidade de cuidado intensivo neonatal, avaliou 218 recém-nascidos, tendo encontrado que 183 (84%) apresentaram eventos adversos. Os eventos mais frequentes foram distúrbios de termorregulação (29%), distúrbios de glicemia (17,1%) e infecções hospitalares (13,5%) (VENTURA, et al., 2012).

Nascimento et al. (2008), em estudo quantitativo e retrospectivo, caracterizaram os eventos adversos em unidades de terapia intensiva, semi-intensiva e de internação em um hospital privado do município de São Paulo. Foram notificados 229 eventos adversos, predominando eventos relacionados à sonda nasogástrica (57,6%), seguidos por queda (16,6%) e administração de medicamentos (14,8%) (NASCIMENTO, et al., 2008).

A Organização Mundial de Saúde, com o intuito de estimular políticas públicas na indução de boas práticas assistenciais, em 2004 criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de elaborar programas e diretrizes para sensibilizar e mobilizar profissionais de saúde e a população, promovendo mudanças na realidade mundial. Nessa direção, essa instituição, em 2005, lançou o Primeiro Desafio Global de Segurança do Paciente com o tema “uma assistência limpa é uma assistência mais segura”, tendo como alvo a higienização/lavagem das mãos (AVELAR, et al., 2010).

Em 2007, na XXII Reunião de Ministros da Saúde do Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL), composto por pelos países Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai, Bolívia, Chile e Equador, os representantes das mesmas assinaram a Declaração de Compromisso na Luta Contra as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), primeiro apoio à meta da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (MERCOSUR, 2007).

No âmbito da enfermagem, em 2005 foi criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, no Chile, sendo estímulo para o Brasil que, em 2008, compôs a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp) que tem como finalidade principal fortalecer a assistência de

enfermagem segura e com qualidade, através de cooperação técnica entre as instituições de saúde e educação dos profissionais (AVELAR, et al., 2010).

Nessa direção, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, em 2010, elaborou uma cartilha com dez Passos para a Segurança do Paciente, sendo esses: 1. identificação do paciente; 2. cuidado limpo e cuidado seguro – higienização das mãos; 3. cateteres e sondas – conexões corretas; 4. cirurgia segura; 5. sangue e hemocomponentes – administração segura; 6. paciente envolvido com sua própria segurança; 7. comunicação efetiva; 8. prevenção de queda; 9. prevenção de úlcera por pressão e 10. segurança na utilização de tecnologia (AVELAR, et al., 2010).

Assim, o desenvolvimento de programas de qualidade, com o intuito de promover a segurança do paciente, é uma necessidade em termos de eficiência e se constitui numa obrigação do ponto de vista ético e moral. Toda instituição de saúde, dada a sua missão essencial a favor do ser humano, deve se preocupar com a melhoria permanente (BRASIL, 2002).

Diante desse contexto, durante a última década, muitos sistemas de saúde começaram a aplicar o modelo de melhoria contínua da qualidade ou de gestão da qualidade total. Um pressuposto desse modelo é que as organizações de saúde e a prática dos profissionais podem sempre melhorar. Uma maneira de promover essa melhoria é a criação de sistemas de monitorização contínua que alertem a organização, quando o desempenho, em alguma área, está ineficiente. Para as organizações que adotam esses métodos de melhoria contínua da qualidade, a medição de desempenho e de resultados são essenciais (DONALDSON, 1999).

1.3 Avaliação da qualidade em saúde

O pesquisador pioneiro de propostas de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é Avedis Donabedian, que divulgou uma série de trabalhos nos últimos anos.

Em publicação de 1966, Donabedian considera que a avaliação dos serviços envolve duas dimensões:

- 1) *desempenho técnico*, no qual a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica procuram maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente;
- 2) *relacionamento pessoal com o paciente*, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as expectativas e necessidades dos pacientes (DONABEDIAN, 1966).

Segundo Donabedian (1966),

o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

Em seus estudos também propõe três dimensões da avaliação: estrutura, processo e resultado. O estudo da estrutura avalia as características das instalações das instituições e o perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência. Já a avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção médica, compara os procedimentos empregados com os estabelecidos por normas e pode ser realizado por observação direta da prática ou baseada nos registros médicos. A avaliação do resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação com os serviços de saúde, sendo a avaliação mais próxima em termos de avaliação do cuidado total (DONABEDIAN, 1966).

A avaliação da qualidade, na área da saúde, trata de mudanças na cultura e nos comportamentos e, assim, qualquer programa adotado pelas instituições, com esse objetivo, leva tempo para implementação. Os instrumentos de avaliação adotados devem gerar dados qualitativos e quantitativos que demonstrem a qualidade da assistência prestada (CIANCIARULLO, 1997).

A avaliação em saúde tem se constituído numa área em construção conceitual e metodológica e, nos últimos anos, tem se trabalhado para desenvolver e ampliar o domínio de métodos de avaliação que indicam os processos e resultados de assistência à saúde sendo, inclusive, área de forte interesse de fomento e desenvolvimento de pesquisas. A finalidade da avaliação é que definirá o método

mais adequado e pode ser identificada como uma investigação avaliativa, avaliação para decisão ou avaliação para gestão (SILVA, 2010).

Para Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa de avaliação pode ser classificada em três modalidades de análise: processo ou implementação; resultado ou desfecho e impacto. A **análise do processo** ou de implementação é realizada quando há necessidade de informações descritivas sobre o processo pelo qual um programa ou procedimento foi implementado e como eles funcionam na atualidade. A **análise de resultados** foca comumente um programa, ou normas de trabalho, isto é, se ele é efetivo, de acordo com seus objetivos, e sua intenção é auxiliar nas decisões quanto ao funcionamento e à efetividade de tal programa. A **análise de impacto** busca identificar as redes de impacto de uma intervenção, isto é, se os impactos podem ser atribuídos exclusivamente à intervenção, independente de outros fatores, portanto, é mais efetiva enquanto pesquisa clínica (POLIT, et al., 2004).

Para se realizar uma medida objetiva da qualidade dos serviços de saúde, há necessidade de criação de padrões e critérios de assistência para que se possa estabelecer padrões de qualidade e orientar os prestadores de serviços (DONABEDIAN, 1980). O uso da observação estruturada, apoiada em roteiros que discriminam critérios centrados nos aspectos técnicos dos cuidados a serem prestados, permite mensurar a qualidade da assistência, de acordo com os padrões que se deseja alcançar.

Um processo avaliativo necessita, portanto, da definição de padrões que, por sua vez, exigem o estabelecimento de indicadores que possibilitarão verificar em que medida o padrão foi atingido. O trabalho pautado em medidas de avaliação ou indicadores que monitoram a qualidade em saúde tem sido cada vez mais exigido (SENTONE, 2005).

1.4 Avaliação por meio de indicadores clínicos

Um indicador é uma medida que identifica o desvio de padrões aceitáveis, demonstrando a existência de um problema de qualidade. A avaliação de um indicador envolve a definição de um intervalo de tempo para a vigilância, a coleta de

eventos de interesse durante esse intervalo e o estabelecimento de um denominador (DECKER, 1991).

Na avaliação da qualidade de práticas de assistência à saúde é cada vez mais frequente a utilização de indicadores clínicos, definidos como medidas quantitativas contínuas ou periódicas de variáveis, características ou atributos de um dado processo ou sistema (LACERDA, 2006).

Para Ferreira (2000), os indicadores auxiliam na mensuração de mudanças e, geralmente, são utilizados quando essas não podem ser medidas diretamente, servindo para mostrar uma realidade para quem não está inserido na mesma.

Os indicadores não proporcionam respostas definitivas, mas indicam problemas potenciais ou boas práticas do cuidado (CAMPBELL et al., 2003).

Lacerda (2006), a partir das produções de Donaldson (1999) e Ferreira (2000), coloca que o indicador geralmente é representado como uma variável numérica, podendo ser um número absoluto ou uma relação entre dois eventos, estabelecendo-se numerador e denominador. O numerador é o evento que está sendo medido ou reconhecido, devendo apresentar definição objetiva e clara, ser fundamentado por meio de estudos prévios, prontamente aplicável e rapidamente identificado. O denominador corresponde à população sob avaliação de risco para um dado evento, definido no numerador. O indicador deve definir um período de tempo, permitir o desenvolvimento de índices e ser o mais específico possível. Geralmente tem-se utilizado um conjunto de indicadores que contemple todos ou os principais aspectos do cenário ou da prática que se busca avaliar (LACERDA, 2006).

Os indicadores podem incorporar as três dimensões clássicas de avaliação de qualidade em saúde descritas por Donabedian (1966, 1980): estrutura, processo e resultado. Há, praticamente, consenso de que os três tipos de avaliação se complementam para se obter a melhor qualidade. A avaliação de **estrutura** refere-se às características dos recursos requeridos ou capacidade presumida de provedores e serviços para efetuarem assistência à saúde de qualidade, incluindo profissionais, equipamentos, recursos financeiros entre outros (DONABEDIAN, 1966, 1980).

A avaliação de **resultado** mede quão frequentemente um evento acontece e é específica a um dado problema de saúde, porém, não permite reconhecer porquê o evento acontece. Permite estimar os fatores de risco independentes e

dependentes que determinam uma boa ou má qualidade do trabalho (DONABEDIAN, 1966, 1980).

A avaliação **processual**, também designada como avaliação de **desempenho**, analisa ações de comunicação, acessibilidade, educação, investigação, prescrições, intervenções clínicas, entre outras (DONABEDIAN, 1966, 1980), focaliza os procedimentos para diagnóstico e tratamento das doenças, incluindo tempo, eficácia e eficiência de diagnóstico, entre outras, e permite analisar o que, quem, com o que, como e o por quê (LACERDA, 2006).

Para Menezes (2009), os indicadores não devem ser criados e aplicados indiscriminadamente, mas é necessária a elaboração de critérios para sua construção. Antes de tudo seria necessário reconhecer previamente a melhor prática disponível a ser avaliada (padrão-ouro), fundamentada em estudos de evidência científica, como revisão sistemática e metanálise e/ou ensaios clínicos controlados aleatórios. Ou, então, na falta desses, poder-se-iam utilizar diretrizes clínicas de recomendações, protocolos, consensos de especialistas, entre outros. Dessa forma, é possível orientar o diagnóstico de como as práticas em saúde estão ocorrendo e qual a sua conformidade em relação à qualidade esperada (MENEZES, 2009).

Nessa perspectiva, portanto, recomenda-se a elaboração de critérios que definam as ações passíveis de avaliação de qualidade, tais como identificação da importância do problema, considerando sua contribuição na morbimortalidade (alto custo), sua associação a altos índices de utilização (alto volume) ou um tratamento de alto custo (alto custo de vida). Além disso, deve ser considerado se a ação pode ser frequentemente monitorada e se há evidência de variação na sua qualidade. Outro ponto a ser analisado no processo de escolha refere-se ao grau de controle dos mecanismos para implementação da prática pelos profissionais, bem como o grau de influência desses sobre o processo de melhoria contínua de qualidade. Podem ser considerados, por exemplo, o controle e qualificação de uma prática regulamentada por legislação, como no caso de controle de infecção hospitalar (LACERDA, 2006).

As práticas em saúde precisam ser monitoradas constantemente, pois impactam diretamente os resultados da assistência.

A literatura tem apresentado vários indicadores de resultados da assistência à saúde utilizados para avaliação de processos, tais como ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos, tempo de internação hospitalar, mortalidade

de pacientes cirúrgicos por complicações potencialmente tratáveis, prevalência de úlcera por pressão, queda e infecções hospitalares (JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION (JCAHO), 2006; WHITMAN et al., 2002).

As infecções hospitalares merecem destaque visto que as mesmas são consideradas importantes fatores de complicação no tratamento de pacientes internados em hospital, pois causam mais sofrimento para o paciente e suas famílias, contribuem para o aumento das taxas de morbidade, mortalidade e tempo de permanência no hospital e, conseqüentemente, elevam os custos da internação (CDC, 1979; PEREIRA, 1993).

1.5 Infecções hospitalares no contexto da qualidade das instituições de saúde

Infecção Hospitalar (IH) é definida em âmbito nacional, conforme Portaria nº 2616/98, do Ministério da Saúde, como “aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (BRASIL, 1998).

O termo infecções hospitalares vem sendo substituído nos últimos anos pelo termo Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), no qual a prevenção e o controle das infecções passam a ser considerados para todos os locais onde se presta o cuidado e a assistência à saúde. Sendo assim, o hospital não é o único local onde se pode adquirir uma infecção, podendo existir o risco em procedimentos ambulatoriais, serviços de hemodiálise, casas de repouso para idosos, instituições para doentes crônicos, assistência domiciliar (home care) e clínicas odontológicas (SILVA; PADOVEZE, 2012).

Os profissionais de saúde e administradores hospitalares reconhecem a necessidade de implantar medidas de controle e prevenção das infecções adquiridas durante a hospitalização e estruturar programas de controle dessas infecções (BARRETT, 2002).

A preocupação com as infecções hospitalares, no entanto, já ocorre há muitas décadas. Semmelweiss pode ser considerado o precursor dessas ideias, pois, em seu estudo no Hospital Geral de Viena, observou redução na ocorrência de

infecções de 18,3% em abril, para 1,2% em dezembro de 1847, quando obrigou os obstetras e estudantes a lavarem as mãos antes do atendimento às gestantes (CÉLINE, 1998).

Outros estudiosos também contribuíram para a disseminação da ideia da prevenção das infecções hospitalares. Florence Nightingale destacou-se pelo seu trabalho de organização de hospitais (medidas de higiene, isolamento, individualização dos cuidados, dieta controlada, redução do número de leitos e de pessoas circulando nas enfermarias), que culminaram em redução da mortalidade de soldados ingleses durante a Guerra da Crimeia (LACERDA; EGRY, 1997).

Com o avanço do conhecimento e a adoção de intervenções invasivas, no entanto, outras abordagens, além do ambiente, se fizeram necessárias ao controle de infecções como, por exemplo, as características do paciente, sua flora microbiana, entre outros. Joseph Lister e seus seguidores introduziram os conceitos de assepsia e antissepsia. E, finalmente, em 1876, Robert Koch reconheceu as bactérias como agentes na etiologia das infecções (THORWALD, 2000).

Em decorrência da identificação desses agentes, em 1928, Alexander Fleming descobriu uma substância procedente de um fungo que inibia o crescimento de algumas bactérias, tendo sido iniciado o uso da penicilina (RODRIGUES, 1997).

A partir de então, efetivou-se a expansão dos antimicrobianos, contudo, o uso aleatório e indiscriminado desses medicamentos passou a gerar resistência das bactérias aos mesmos, tornando-os agente complicador nos dias atuais em nosso país e no mundo, sendo, comprovadamente, um dos responsáveis pelo surgimento, entre outros, das infecções hospitalares (RODRIGUES, 1997). Nesse panorama, passa a ser foco das instituições de saúde a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Em 1970, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), em Atlanta (Estados Unidos), sugeriu a criação de uma comissão em cada hospital com uma enfermeira e um epidemiologista para controle das infecções hospitalares. Nesse mesmo ano, foi publicado um programa chamado National Nosocomial Infections Surveillance System (NNISS) que tinha como principal objetivo monitorar e padronizar a vigilância das infecções nas instituições de saúde. Esse instrumento consiste, basicamente, no acompanhamento dos casos de infecção nas unidades críticas, como unidades de terapia intensiva, bem como o número de admissões, risco de óbito e taxa de utilização de dispositivos invasivos. A Sociedade Americana

de Epidemiologia dos Cuidados à Saúde (SHEA) e o CDC também elaboram *guidelines* que visam a prevenção e o controle da transmissão das IHS (RODRIGUES, 1997).

1.6 Epidemiologia das infecções hospitalares

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu um estudo da prevalência de IHS em 14 países, no período de 1983 a 1985, e, apesar de a amostra não ser representativa, estimou uma taxa de IH de 8,7%, variando de 3 a 21% (OMS/OPAS, 2001).

Estimativas dos países desenvolvidos indicam que pelo menos 5% dos pacientes admitidos em hospitais contraem uma infecção (WHO, 2008).

Nos Estados Unidos, estima-se que cerca de 4,5 a 5,7 milhões de dólares sejam gastos anualmente para o tratamento das infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo, em média, dois milhões de casos e 80 mil mortes por ano (WHO, 2011).

O centro europeu de controle e prevenção de doenças demonstrou que anualmente quatro milhões de pessoas adquirem infecções relacionadas à assistência à saúde, ocasionando 37.000 mortes, levando ao custo estimado de sete bilhões de euros (EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2008).

Levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, entre maio e agosto de 1994, avaliou 8.624 pacientes com mais de 24 horas de internação, encontrou taxa de 15,5% de IH, sendo os maiores índices obtidos nos hospitais públicos com taxa média de 18,4% que nos privados (10%) (BRASIL, 1995).

Santos (2006) analisou 4.148 hospitais do país, sendo 35,1% na Região Sudeste, 28,3% no Nordeste, 21,3% no Sul, 8,2% no Centro-Oeste e 7,2% na Região Norte e identificou taxa global de infecções de 9%, com 14% de mortalidade associada.

Em decorrência da magnitude do problema, identifica-se a preocupação dos profissionais e da população em geral diante dos riscos envolvidos com o atendimento em saúde. No entanto, Silva (2005) afirma que 30% de todas as IH

podem ser preveníveis, principalmente quando os estabelecimentos de saúde dispõem de um programa de controle de infecção hospitalar efetivo.

1.7 Controle das infecções hospitalares no Brasil

A discussão sobre controle de IHe teve destaque na década de 80, principalmente com a morte do presidente Tancredo Neves. Nesse período, começaram as denúncias dessas infecções e seus riscos passaram a fazer parte do cotidiano das pessoas (SILVA, 2005).

A preocupação com essa temática motivou iniciativas em alguns Estados no país, com a criação de associações que investigam esta temática e propõem medidas de prevenção de IH como a Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (Apecih) e a Associação Mineira de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (Amecih).

Em 1983, foi criada a primeira normatização brasileira, relacionada às medidas de controle de infecção centradas em nível hospitalar, do Gabinete do Ministro (GM) do Ministério da Saúde (MS) nº196/83 que estabeleceu regras quanto à estrutura e ao funcionamento das instituições. Também tornou obrigatória a constituição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e monitoramento das taxas de infecções hospitalares (BRASIL, 1983).

Dez anos depois, uma nova Portaria GM/MS nº930/92 estabeleceu a composição obrigatória das CCIH com um médico e um enfermeiro para cada 200 leitos ou fração. Essa Portaria também enfatiza a importância de vigilância epidemiológica das infecções buscando sua redução (BRASIL, 1992).

Em 1997, foi então promulgada a Lei Federal nº9.431, ratificando a obrigatoriedade da existência de Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) e de CCIH em todos os hospitais brasileiros. O PCIH é definido como o “conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares” (BRASIL, 1997).

A exigência da manutenção das CCIH e de comissões estaduais e municipais de controle de infecção hospitalar foi requerida na Portaria GM/MS nº2616, de 12 de maio de 1998, sendo essa a legislação vigente (BRASIL, 1998).

Essa Portaria traz que "... as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais e a sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes ao seu funcionamento" (BRASIL, 1998). Mantém a obrigatoriedade de um PCIH em todos os hospitais do país. Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de IH e, portanto, são encarregados do controle de IH. Os membros executores serão no mínimo dois técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 leitos ou fração desse número, com carga horária diária mínima de seis horas para o enfermeiro e quatro horas para os demais profissionais. Um dos membros executores deve ser preferencialmente, um enfermeiro (BRASIL, 1998).

Essa comissão tem como atividades básicas:

- 1) a implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares (IH);
- 2) adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das IH;
- 3) capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e ao controle das IH;
- 4) uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- 5) investigação epidemiológica de casos e surtos;
- 6) elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital a situação do controle das IH;
- 7) elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de medidas de precaução e de isolamento e elaborar regimento interno para a CCIH (BRASIL, 1998).

Muitos hospitais, no entanto, têm dificuldades ou não operacionalizam o PCIH conforme as recomendações governamentais, pois a implantação e implementação desses programas dependem das condições apresentadas pelos diferentes hospitais, de suas interpretações, nas resistências encontradas e nos processos de poder no curso de sua operacionalização. Também existe a dificuldade da

fiscalização desses programas pelos agentes das secretarias de vigilância sanitária (LACERDA; JOUCLAS; EGRY, 1996).

Vale ressaltar que o sistema de vigilância em saúde é composto de três esferas:

- 1) Esfera Federal - composta por Secretaria de Vigilância a Saúde (SVS) – administração direta do Ministério da Saúde; Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIEVS); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (Funasa);
- 2) Esfera Estadual - composta pelos centros de Vigilância Sanitária e centros de Vigilância Epidemiológica e Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIEVS);
- 3) Esfera Municipal - composta pela Coordenação de Vigilância em Saúde, Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIEVS) municipal.

Considerando a implantação e funcionamento das CCIH no Brasil, Santos (2006) analisou 4.148 hospitais do Brasil e verificou que 76% (3.152) deles possuíam CCIH, porém, em apenas 38% essas comissões estão em funcionamento. Quanto à vigilância das infecções hospitalares, essa ocorre em 77% (3.194) das instituições, porém, apenas 49% (2.012) dos hospitais desenvolvem programas permanentes de controle, e apenas 33% (1.356) deles adotam medidas de contenção de surtos (SANTOS, 2006).

Nesse mesmo estudo foram analisados 3.478 hospitais quanto aos critérios para notificação de infecção, evidenciando que apenas 7,2% (252) dos hospitais pesquisados indicaram a utilização dos critérios diagnósticos de referência para a vigilância das infecções hospitalares (critérios NNIS/CDC). Cento e trinta e quatro (3,9%) hospitais informaram usar critérios diagnósticos próprios; 1.239 (35,6%), critérios da Portaria GM/MS nº2.616/98; 255 (7,3%) usavam os três primeiros critérios; 1.092 (31,4%) hospitais disseram não utilizar critérios e 506 (14,5%) instituições não informaram sobre esse tópico (SANTOS, 2006).

Embora tenham sido estabelecidas normativas com o objetivo de monitorar o panorama das IH, a ausência de padronização na coleta de indicadores em nível nacional dificulta a comparação dos dados, uma vez que cada instituição pode adotar os critérios que julgar necessários para o diagnóstico dessas infecções.

A preocupação com essa padronização dos dados levou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em nível federal, e o Centro de Vigilância

Epidemiológica (CVE) no Estado de São Paulo a elaborarem manuais que estabelecem critérios para notificação das principais infecções hospitalares, sendo elas: Pneumonia Hospitalar e Pneumonia Associada à Ventilação mecânica (PAV), Infecção do Trato Urinário e Infecção do Trato Urinário Relacionada à Sonda Vesical de Demora (ITUSVD), Infecção do Sítio Cirúrgico, Infecção Primária da Corrente Sanguínea e Infecção Primária da Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter Venoso Central (IPCSRC). Recentemente, a Anvisa atualizou os manuais de critérios diagnósticos para notificação de infecções relacionadas à assistência à saúde, incluindo medidas preventivas e trazendo à tona o compromisso com a segurança do paciente atrelado às IH.

O CVE adotou a utilização de planilhas de preenchimento mensal e obrigatório pelos serviços de saúde, contendo informações a respeito das taxas de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas, as taxas de PAV, ITUSVD, IPCSRC em Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTIA), pediátrica, neonatal e Unidade Coronariana (UCO), bem como as taxas de utilização dos dispositivos invasivos. Além dessas, deve ser informado o consumo dos principais antibióticos utilizados na UTIA e UCO, bem como os resultados de hemoculturas positivas relacionadas à IPCSRC. Recentemente foi incluída planilha para avaliação do consumo de solução alcoólica nas unidades de terapia intensiva.

Essa medida objetivou expandir as informações para além das taxas gerais de infecção (número de IH ou número de pacientes com IH x100 admissões ou saídas), pois, somente esses dados são considerados um indicador grosseiro, uma vez que não são apurados os fatores de risco, como tempo de permanência, utilização de procedimentos invasivos ou gravidade.

Apesar da ampliação do escopo das informações, essas planilhas, no entanto, ainda avaliam os resultados obtidos pelas instituições, porém, não têm abrangência sobre os processos desenvolvidos como treinamentos periódicos e adoção de medidas preventivas de PAV, ITUSVD, IPCSRC e infecção de sítio cirúrgico. A inclusão de informações referentes ao consumo de solução alcoólica pode ser entendida como uma tentativa de avaliação do processo de higienização das mãos, fator extremamente importante no controle de IH.

Uma crítica que deve ser apontada a essa iniciativa refere-se à inexistência de treinamento para os profissionais responsáveis pelo preenchimento das planilhas,

caracterizando-se como fator dificultador na sua operacionalização e confiabilidade dos dados.

Giunta e Lacerda (2006) afirmam que o fato de haver legislações vigentes no país sobre a obrigatoriedade da implantação de um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) pelas instituições, não garante a sua existência, implantação e efetividade.

A existência de um PCIH sabidamente não é garantia de que as práticas assistenciais encontram-se qualificadas no que se refere à prevenção de infecção hospitalar, mas constitui condição inicial para o desenvolvimento e estabelecimento de diretrizes que possam subsidiar essa qualificação. De qualquer modo, o PCIH ainda é a principal e mais reconhecida alternativa, nacional e internacional, para o estabelecimento de ações de controle e prevenção de IH e a avaliação de seu desempenho é essencial nas diferentes instituições (SILVA, 2010).

Com o objetivo de monitorar a existência dos PCIH, a Anvisa (BRASIL, 2000) elaborou e publicou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº48 que sujeita as Instituições de Cuidado à Saúde às inspeções sanitárias, tornando obrigatória a realização de auditorias internas periódicas nessas unidades. Tal documento também contém um roteiro de avaliação dos PCIH que, entre outros aspectos, verifica a composição desses programas, bem como atividades de vigilância das infecções (BRASIL, 2000).

O roteiro de inspeção constante nessa Resolução contém os critérios para avaliação baseado no risco potencial, segundo a classificação:

- 1) IMPRESCINDÍVEL (I) item que pode influir em grau crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar;
- 2) NECESSÁRIO (N) aquele item que pode influir em grau menos crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar;
- 3) RECOMENDÁVEL (R) aquele item que pode influir em grau não crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar;
- 4) INFORMATIVO (INF) aquele que oferece subsídios para melhor interpretação dos demais itens, sem afetar a qualidade e a segurança do atendimento hospitalar (BRASIL, 2000).

A partir dessa classificação é que são direcionadas as ações de orientações, sanções ou punições, aplicadas pela Vigilância Sanitária em âmbito municipal, estadual ou federal.

Giunta e Lacerda (2006) reiteram que esse roteiro não oferece subsídios para a análise dos processos realizados, bem como não considera a especificidade das instituições e o preparo dos responsáveis pela avaliação, ficando desconhecido como eles aplicam tal ferramenta.

Ressalta-se, também, que esse roteiro avalia as questões de estrutura e resultados das instituições de saúde como: número de integrantes da Comissão de Controle de Infecção, presença de manuais e análise de taxas de infecções. Os processos e rotinas não são observados. Por exemplo, o fato de se monitorar as taxas de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI não traduz que a unidade realiza medidas de prevenção, nem o conhecimento dos profissionais acerca de tais medidas e sua importância no controle das infecções.

A avaliação dos PCIH também exige preparo dos profissionais que a farão, pois não é efetivo apenas compilar os dados encontrados, mas é fundamental a realização de um diagnóstico situacional visando a orientação e melhoria das práticas (GIUNTA; LACERDA, 2006).

O fato de se ter um roteiro sistematizado e direcionado às práticas de controle de infecção é importante, mas não suficiente quando esse não está contextualizado às reais necessidades dos serviços (GIUNTA; LACERDA, 2006).

A infecção hospitalar tem sido uma morbidade bastante fundamentada quanto às ações para seu controle e prevenção, por meio de estudos científicos isolados, diretrizes clínicas e regulamentações governamentais, porém, o maior desafio tem sido reconhecer como esses recursos estão sendo incorporados e as condições em que as práticas assistenciais são realizadas e qualificá-las em conformidade com as fundamentações já existentes e a dinamicidade de evolução da assistência clínica (LACERDA, 2006).

Nessa direção, em consonância com as diretrizes de criação de novas estratégias de avaliação, que permitam o reconhecimento das condições em que as práticas de controle de infecção hospitalar são realizadas, de modo a assegurar a aplicação das medidas baseadas em evidências científicas, em 2003 foi desenvolvido um projeto de construção de indicadores clínicos de avaliação da

qualidade de práticas de controle de IH, como subsídio para a adoção de políticas públicas.

O projeto intitulado de Manual de Avaliação da Qualidade de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar foi concluído em 2006 e apresenta 59 indicadores distribuídos em cinco grupos temáticos: 1) Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH); 2) Uso de Antimicrobianos (UA); 3) Procedimentos Assistenciais referentes a Infecções de Sítio Cirúrgico, Infecções de Trato Respiratório, Infecções do Trato Urinário, Infecções Primárias de Corrente Sanguínea, Higiene das Mãos e Isolamento; 4) Processamento de Artigos Odonto-Médico-Hospitalares e 5) Controle e Prevenção de Riscos Ocupacionais Biológicos (LACERDA, 2006).

A avaliação proposta teve como objetivo criar indicadores clínicos que permitam à instituição ou à unidade uma análise contínua da qualidade dos procedimentos executados. Sua construção baseou-se no modelo conceitual de Donabedian, contemplando estrutura, processo e resultado (LACERDA, 2006).

No que tange à Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar, que se constitui num dos grupos temáticos deste estudo, os indicadores construídos e validados para avaliação das atividades são:

- 1- PCET – indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do programa de controle e prevenção de infecção hospitalar;
- 2- PCDO – indicador de avaliação das diretrizes operacionais de controle e prevenção de infecção hospitalar;
- 3- PCVE – indicador de avaliação do sistema de vigilância epidemiológica de infecção hospitalar;
- 4- PCCP – indicador de avaliação das atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar.

Cada indicador busca avaliar um dado aspecto das práticas referidas nesse grupo temático e contemplam avaliações de estrutura (1 e 2) e de processo (3 e 4). Esses quatro indicadores foram construídos e validados por Silva (2005, 2010) e são apontados por essa autora como ferramenta factível de avaliação de PCIH de forma ética e científica para diagnóstico de qualidade na área (SILVA, 2005, 2010).

Considerando as implicações decorrentes da necessidade de implementação das exigências legais de Programas de Controle de Infecção Hospitalar pelos serviços de saúde, bem como a importância desse grupo temático para identificação

do panorama estrutural das Comissões de Infecção Hospitalar no país, identificou-se a presença de estudos sobre o tema.

Segundo Silva (2010), teoricamente se pode afirmar que a maioria das instituições de saúde possui Programa de Controle de Infecção Hospitalar estruturalmente organizado, de acordo com a Portaria vigente, porém, o atual sistema de avaliação não favorece mensurar, interpretar e qualificar sua avaliação.

Merece destaque a iniciativa da Vigilância Sanitária de Ribeirão Preto em criar um Comitê de Controle de IH, cujos representantes são membros da CCIH, diretores de hospitais e representantes da própria Vigilância Sanitária. Esse comitê reuni-se mensalmente para discutir medidas de controle de IH, a partir de questões que emergem da prática das instituições. São realizadas discussões com especialistas em controle de IH nos temas de interesse, sobre as taxas de IH e como as mesmas são coletadas, bem como as inadequações encontradas nas visitas realizadas pela Vigilância Sanitária. Essa prática tem sido bastante exitosa, avaliada pelos integrantes como prática de solução de problemas.

Embora haja mérito nessa iniciativa, a implementação dos PCIH ainda precisa ser consolidada.

Diante do interesse por essa temática, foram realizados levantamentos na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Com a palavra-chave “Programas de controle de infecção hospitalar” foram identificados 91 artigos, sendo que apenas sete referiam-se exclusivamente à temática e apenas quatro discutiam a avaliação desses problemas. Ao se utilizar como palavra-chave “Avaliação dos programas de controle de infecção hospitalar”, nenhum artigo foi encontrado. Diante escassez de estudos que apontam o panorama das comissões de controle de IH no país, apesar da sua relevância na atualidade no cenário das infecções hospitalares, é que se propõe o presente estudo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade da assistência à saúde quanto à adoção das diretrizes dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) nas instituições hospitalares do município de Ribeirão Preto.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil das instituições estudadas segundo as variáveis: porte da instituição, tipo de atendimento, certificação de qualidade, natureza jurídica, tempo de criação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), vínculo dos profissionais e presença de unidades de terapia intensiva.
- Calcular os índices de conformidade das práticas do programa de controle de infecção hospitalar, por meio da utilização de indicadores clínicos.
- Caracterizar o índice de conformidade para as medidas de controle de infecção hospitalar, segundo a instituição e as variáveis observadas.

3 Material e Métodos

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa. Segundo Polit, et al., (2004), na pesquisa quantitativa há uma coleta sistemática de informações numéricas, resultante de mensuração formal que ocorre em condições controladas utilizando-se procedimentos estatísticos para análise.

Quanto à tipologia da investigação, optou-se pela avaliação com enfoque no processo, já que esse é o elemento central do modelo donabediano, que se destina à caracterização e diagnóstico situacional, ou seja, verificar como os serviços estão atuando e, a partir daí, gerar políticas de aprendizagem, treinamento e regulamentações. Ela é realizada quando há necessidade de informações descritivas sobre o processo pelo qual um programa ou procedimento foi implementado e como eles funcionam na atualidade. Esse tipo de avaliação também pode ser referida como formativa e envolve um exame em profundidade da operacionalização de um programa, com coleta de dados tanto qualitativos como quantitativos (POLIT et al., 2004).

A avaliação processual encoraja os profissionais a se concentrarem naquilo que realmente possa contribuir diretamente para melhorar os resultados de saúde, sendo a mais sensível para acessar qualidade do cuidado. Para ser válida, precisa-se estar estreitamente relacionada ao resultado, ou mesmo influenciá-lo (LACERDA, 2006).

3.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado na cidade de Ribeirão Preto, no ano 2012, nos serviços de saúde constantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) categorizados como hospitais públicos, privados ou filantrópicos, gerais ou especializados.

Critérios de inclusão: serviços de saúde que prestam atendimento e possuam leitos de internação, geral ou especializado, público, privado ou filantrópico.

Critérios de exclusão: serviços de saúde para tratamento de doenças mentais, serviços não cadastrados no CNES ou, ainda, serviços exclusivamente ambulatoriais, por possuírem rotinas distintas.

Foram consideradas perdas as instituições que após apresentação do estudo, em reunião agendada ou contatos telefônicos, se recusaram ou não deram respostas quanto à participação no mesmo.

3.3 População

O município de Ribeirão Preto possuía no período de coleta de dados 16 Programas de Controle de IH dos serviços de saúde. A população foi composta por 13 Programas de Controle de IH.

3.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

Para a obtenção dos dados, foram realizadas entrevistas com os membros das comissões de controle de IH das instituições participantes e análises de documentos que possibilitaram identificar as práticas referidas, em cada um dos componentes dos indicadores do Programa de Controle de Infecção Hospitalar. A entrevista foi precedida da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), consultando-os sobre sua participação.

Os instrumentos utilizados, na forma de indicadores clínicos processuais são de domínio público e estão disponibilizados no Manual de Indicadores de Avaliação de Práticas de Controle de infecção Hospitalar, que contém as orientações para seu preenchimento. Os indicadores são construídos na forma de uma planilha para registro das avaliações e um construto operacional, que descreve e orienta a aplicação da avaliação da prática a ele correspondente. Está disposto em uma operação concreta e indica o que se avalia e como deve ocorrer a coleta de informações e sua mensuração, visando garantir uniformidade na avaliação e legitimidade na representação empírica dos dados, além de apresentar a melhor

prática disponível, fundamentada cientificamente, permitindo calcular índices de conformidade após avaliação (MENEZES, 2009).

A Planilha 1 (Anexo A), intitulada **Indicador de Avaliação da Estrutura Técnico-Operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCET)**, avalia a estrutura do programa, considerando sua formação, tais como recursos humanos, infraestrutura e instrumentos técnicos e administrativos para identificar, definir, discutir e divulgar eventos de infecção hospitalar.

A Planilha 2 (Anexo B), intitulada **Indicador de Avaliação das Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCDO)**, avalia a existência de diretrizes operacionais de controle e prevenção de infecção hospitalar para áreas ou serviços do hospital, na forma de manuais, normas e procedimentos operacionais, resoluções, entre outros, elaborados ou incorporados no Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

A Planilha 3 (Anexo C), intitulada **Indicador de Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar (PCVE)**, avalia se o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar possui e executa um sistema de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares, por meio de atividades que incluem busca e notificação de casos de infecção hospitalar em pacientes internados e após a alta, com utilização de metodologias específicas, elaboração de indicadores epidemiológicos de infecções hospitalares e de relatórios, assessoria, consultoria, entre outros.

E a Planilha 4 (Anexo D), intitulada **Indicador de Avaliação das Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCCP)**, avalia as atividades de prevenção e controle de infecção hospitalar nos vários serviços ou setores do hospital, realizadas pelos profissionais do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Tais atividades compreendem visitas de inspeção previamente programadas, orientações e avaliações de diretrizes introduzidas, participação em reuniões dos setores, realização de consultas e esclarecimentos cotidianos por ocasião de demandas espontâneas, entre outras (LACERDA, 2006).

Para atender o objetivo de caracterizar a instituição participante do estudo foi construído um questionário com essa finalidade (Apêndice B).

Para o diagnóstico de conformidade da qualidade dos PCIH dos serviços de saúde, foram aplicadas a cada uma das instituições avaliadas as fórmulas de cálculo

específicas de cada indicador, construídas por Lacerda (2006) e validadas por Silva, et al., (2011) descritas abaixo

Indicador 1 - Estrutura Técnico-Operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCET)

\sum valores obtidos dos componentes do indicador PCET atendidos X 100

\sum total dos valores obtidos dos componentes do indicador PCET

Indicador 2 - Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCDO)

\sum valores obtidos dos componentes do indicador PCDO atendidos X 100

\sum valores obtidos dos componentes do indicador PCDO

Indicador 3 - Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar (PCVE)

\sum valores obtidos dos componentes do indicador PCVE atendidos X 100

\sum valores obtidos dos componentes do indicador PCVE

Indicador 4 - Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCCP)

\sum valores obtidos dos componentes do indicador PCCP atendidos X 100

\sum valores obtidos dos componentes do indicador PCCP

Para fins de análise, foram considerados dois outros critérios. Além do cálculo da conformidade total e não conformidade (propostos pelos indicadores construídos) foram realizados os cálculos de não conformidades parciais de qualidade dos PCIHs, quando as instituições não atendiam completamente às exigências do indicador tais como: apresentação de manuais de prevenção de IH utilizados pela

instituição, porém desatualizados, ou, ainda, parte da documentação comprobatória exigida.

Ainda, utilizou-se o critério “não se aplica” quando a instituição não dispunha do serviço, da área ou do tipo de atendimento que estava sendo avaliado.

3.5 Capacitação do pesquisador

Os avaliadores deste estudo foram constituídos por dois profissionais, a saber:

Avaliador 1 – autora deste estudo e enfermeira com experiência em controle de infecção hospitalar – realizou a coleta em doze instituições garantindo uniformidade na avaliação de todos os itens que compõem os indicadores. Em apenas um hospital, a pesquisadora não coletou os dados, pois trabalha na Comissão de Controle de IH, evitando, assim, conflito de interesse;

Avaliador 2 – médico infectologista, com experiência em CCIH.

Inicialmente foi realizada uma leitura exaustiva da estrutura do instrumento, bem como do manual de orientação que acompanha os indicadores pelos dois avaliadores, para minimizar as dificuldades de compreensão ou dúvidas quanto aos itens de sua composição.

Foram realizados dois encontros em cada uma das instituições, que duraram em média três horas.

3.6 Análise dos dados

Os dados foram digitados e armazenados em banco de dados e analisados pelo programa EpiInfo, versão 6. As características referentes ao perfil do hospital e aos escores dos indicadores foram descritos por meio de estatística descritiva, por meio de análise de frequência.

3.7 Procedimentos éticos

Inicialmente foi realizado um contato formal da pesquisadora com a Diretoria Clínica das instituições elegíveis para o estudo no qual foi apresentado o projeto e objetivos do estudo. Mediante a aquiescência para seu desenvolvimento, foi apresentado o Termo de Autorização para Realização da Pesquisa.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado - CAAE nº02889412.2.0000.5393.

Aos hospitais participantes foi garantido o anonimato das informações, uma vez que os dados estão apresentados agregados. Este estudo foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

4 Resultados

Dos 16 Programas de Controle de Infecção Hospitalar elegíveis para o estudo, participaram 13 (81,25%), duas (12,5%) recusaram-se formalmente e uma (6,25%) não preencheu o termo para envio ao Comitê de Ética.

Quanto à caracterização das instituições, a maioria (69,23%) era de hospitais gerais e quatro instituições (30%) eram acreditadas (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das instituições de saúde (n=13), segundo o tipo de assistência prestada e acreditação. Ribeirão Preto, SP, 2013

Variáveis	Nº	%
Tipo de assistência		
Geral	09	69,23
Especializada	04	30,77
Acreditação		
Acreditados	04	30,77
Não acreditados	09	69,23
Tipo de acreditação		
Compromisso com a qualidade hospitalar (CQH)	02	15,38
Organização Nacional de Acreditação (ONA) 1	01	7,69
ONA 3	01	7,69

Os resultados apontaram que a maioria foi constituída por instituições de pequeno porte e privadas (Tabela 2).

Neste estudo, foi considerado o número de leitos para o estabelecimento da classificação do porte institucional.

Tabela 2 - Distribuição das instituições de saúde (n=13), segundo porte e entidade mantenedora. Ribeirão Preto, SP, 2013

Variáveis	Nº	%
Porte hospitalar (número de leitos)		
Pequeno (< 70)	07	53,84
Médio (70 a 100)	03	23,08
Grande (>100)	03	23,08
Entidade mantenedora		
Público	04	30,78
Privado	07	53,84
Filantrópico	01	7,69
Misto	01	7,69

Em relação à estrutura das instituições analisadas, observa-se que a maioria realiza atendimento de alta complexidade, sendo que oito delas possuem leitos de terapia intensiva adulta. Somente três dispõem de leitos de terapia intensiva neonatal e cinco de leitos de terapia intensiva pediátrica. No que tange à estrutura física das instituições investigadas, os dados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das instituições de saúde (n=13), segundo estrutura física. Ribeirão Preto, SP, 2013

Estrutura	Nº	%
Possui leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto	08	61,54
Possui leitos de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	05	38,46
Possui leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	03	23,08
Possui Centro Cirúrgico	13	100
Possui Central de Material	13	100
Possui Serviço de Hemodiálise	06	46,15

Quanto à existência de Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) encontrou-se 100% desses nas instituições e quase metade dos serviços (46,16%) os possuía acima de dez anos, o que vai ao encontro da obrigatoriedade desses programas, no entanto, há serviços com período menor que três anos, sendo que duas dessas instituições são recentes no município. Esses dados são demonstrados na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (n=13). Ribeirão Preto, SP, 2013

Variáveis	Nº	%
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		
Próprio	12	92,31
Terceirizado	01	7,69
Tempo de existência da Comissão (anos)		
<3	02	15,38
3 a 9	05	38,46
10 a 20	03	23,08
>20	03	23,08

No tocante à composição das CCIH investigadas, constatou a existência de 33 profissionais (médicos e enfermeiros), sendo a maioria (23) funcionários da instituição, com tempo de atuação nessa área inferior a cinco anos.

Investigando a capacitação desses profissionais para atuação nas comissões, identificou-se a inexistência de treinamentos oferecidos pela instituição em 100% dos casos, sendo que 50% relataram a participação em eventos científicos com subsídio financeiro institucional.

Identificou-se que, dentro do quadro de enfermeiras, a maioria não possuía nenhum tipo de experiência prévia em CCIH, apenas a formação do curso de graduação. Já a totalidade dos médicos possuía residência em infectologia. A Tabela 5 evidencia esses dados.

Tabela 5 - Distribuição dos profissionais (n=33) atuantes nos Programas de Controle de Infecção Hospitalar. Ribeirão Preto, SP, 2013

Variáveis	Nº	%
Vínculo dos profissionais		
Funcionários	31	93,94
Terceirizados	02	6,06
Tempo de atuação dos profissionais na Comissão (anos)		
<1	05	15,15
1 a 2	13	39,39
3 a 4	05	15,15
5 a 10	06	18,18
>10	04	12,13
Experiência prévia em CCIH		
Outro serviço	03	9,09
Especialização	05	15,15
Residência em infectologia	12	36,36
Mestrado	01	3,04
Doutorado	00	-
Não possui experiência prévia	12	36,36

Dada a relevância de alguns elementos para o controle de IH, como: treinamento dos profissionais das diferentes áreas da instituição, avaliação da detecção de casos de infecção de sítio cirúrgico pós-alta e constituição do grupo de reprocessamento de artigos de uso único, porém não contemplados pelo indicador validado por Silva (2010), optou-se por inseri-los na coleta. Os achados encontram-se demonstrados nas Tabelas 6 e 7.

Tabela 6 - Treinamentos promovidos pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (n=13). Ribeirão Preto, SP, 2013

Variáveis	Nº	%
Treinamento dos profissionais do serviço de enfermagem para controle de Infecção Hospitalar		
Sim	06	46,15
Sim, porém não foi apresentada lista de presença	03	23,08
Não	03	23,08
Eventualmente (menos de três treinamentos ao ano)	01	7,69
Treinamento dos profissionais do serviço de higiene e limpeza para controle de Infecção Hospitalar		
Sim	04	30,77
Sim, porém não foi apresentada lista de presença	04	30,77
Não	03	23,08
Eventualmente (menos de três treinamentos ao ano)	02	15,38
Treinamento dos profissionais do serviço de lavanderia para controle de Infecção Hospitalar		
Sim	0	-
Sim, porém não foi apresentada lista de presença	01	7,69
Não	12	92,31
Eventualmente (menos de três treinamentos ao ano)	0	-

Tabela 7 - Atividades das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (n=13). Ribeirão Preto, SP, 2013

Variáveis	Nº	%
Mecanismo para detecção de casos de infecção do sítio cirúrgico pós-alta		
Sim	07	53,85
Não	06	46,15
Existência do grupo de reprocessamento de artigos médico-hospitalares		
Sim	04	30,77
Não	09	69,23

Sequencialmente procedeu-se, então, ao diagnóstico de conformidade dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) em Serviços de Saúde do município de Ribeirão Preto, segundo indicador validado por Silva (2010).

Ao se realizar os cálculos do Indicador 1 - Avaliação da Estrutura Técnico-Operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCET), observou-se que a média de conformidade foi de 75% para as treze instituições. Seis tiveram 100% de conformidade, porém, uma teve apenas 20%, estando os dados demonstrados na Tabela 8.

Tabela 8 - Valores de conformidade para o Indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do programa de controle e prevenção de infecção hospitalar aplicado, nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013

INDICADOR 1	Conforme (%)	Não conforme (%)	Conformidade parcial (%)	Itens não se aplica (nº)
Instituição 1	100	0	0	0
Instituição 2	100	0	0	0
Instituição 3	60	40	0	0
Instituição 4	100	0	0	0
Instituição 5	60	40	0	0
Instituição 6	90	0	10	0
Instituição 7	100	0	0	0
Instituição 8	20	50	30	0
Instituição 9	30	60	10	0
Instituição 10	100	0	0	0
Instituição 11	100	0	0	0
Instituição 12	60	40	0	0
Instituição 13	60	30	10	0
MÍNIMO	20	0	0	-
MÁXIMO	100	60	30	-
MÉDIA	75	20	5	-
DESVIO-PADRÃO	28,76	23,45	8,77	-

Para o Indicador 2 - Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCDO), a média dos itens atendidos foi de 58,97%. Observa-se que apenas uma instituição teve 100% de conformidade e outra apenas 6,67%. A instituição nove apresentou três itens na categoria “não se aplica”, sendo os mesmos excluídos do cálculo. Os dados estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9- Valores de conformidade para o Indicador de Avaliação das Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar aplicado nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013

INDICADOR 2	Conforme (%)	Não conforme (%)	Conformidade parcial (%)	Itens não se aplica (nº)
Instituição 1	66,67	33,33	0	0
Instituição 2	66,67	33,33	0	0
Instituição 3	40	20	40	0
Instituição 4	40	0	60	0
Instituição 5	73,33	20	6,67	0
Instituição 6	6,67	80	13,33	0
Instituição 7	100	0	0	0
Instituição 8	13,33	60	26,67	0
Instituição 9	33,33	66,67	0	3
Instituição 10	100	0	0	0
Instituição 11	93,33	0	6,67	0
Instituição 12	86,67	0	13,33	0
Instituição 13	46,67	33,33	20	0
MÍNIMO	6,67	0	0	-
MÁXIMO	93,33	80	60	
MÉDIA	58,97	26,67	14,36	-
DESVIO-PADRÃO	31,60	27,89	18,43	-

Para o Indicador 3 - Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar (PCVE), a média de conformidade foi de 82%. Seis instituições tiveram

100% de conformidade e uma delas obteve 11%. Nesse indicador, cinco instituições apresentaram “itens não se aplica”, sendo os mesmos excluídos do cálculo. Os dados são descritos a seguir, na Tabela 10.

Tabela 10 - Valores de conformidade para o Indicador de Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar aplicado nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013

INDICADOR 3	Conforme (%)	Não conforme (%)	Conformidade parcial (%)	Itens não se aplica (nº)
Instituição 1	100	0	0	0
Instituição 2	100	0	0	0
Instituição 3	67	33	0	1
Instituição 4	90	10	0	0
Instituição 5	90	10	0	0
Instituição 6	70	30	0	0
Instituição 7	100	0	0	1
Instituição 8	60	20	10	1
Instituição 9	11	89	0	1
Instituição 10	100	0	0	0
Instituição 11	100	0	0	0
Instituição 12	100	0	0	0
Instituição 13	78	0	22	2
MÍNIMO	11	0	0	-
MÁXIMO	100	89	22	-
MÉDIA	82	15	2	-
DESVIO-PADRÃO	25,79	25,29	6,49	-

Para o cálculo do Indicador 4 - Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar a média de conformidade foi de 60,29%. Apenas duas instituições obtiveram 100% de conformidade e uma delas não apresentou nenhum item conforme. Chama a atenção que nesse indicador todas as instituições

avaliadas possuíam itens “não se aplica” com uma variação de um a oito itens. Os dados são apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 - Valores de conformidade para o Indicador de Avaliação das Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar aplicado nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013

INDICADOR 4	Conforme (%)	Não conforme (%)	Conformidade parcial (%)	Itens não se aplica (nº)
Instituição 1	75	25	0	1
Instituição 2	72,73	27,27	0	2
Instituição 3	63,64	36,36	0	2
Instituição 4	54,55	9,09	36,36	2
Instituição 5	83,33	16,67	0	7
Instituição 6	25	58,33	16,67	1
Instituição 7	100	0	0	7
Instituição 8	33,33	0	66,67	7
Instituição 9	0	100	0	8
Instituição 10	100	0	0	3
Instituição 11	77,78	0	22,22	4
Instituição 12	55,56	33,33	11,11	4
Instituição 13	42,86	42,86	14,28	6
MÍNIMO	0	0	0	-
MÁXIMO	100	100	66,67	-
MÉDIA	60,29	26,84	12,87	-
DESVIO-PADRÃO	29,35	28,92	19,82	-

A seguir são apresentados os resultados referentes à conformidade por item de cada um dos indicadores.

Na Tabela 12 encontram-se os resultados obtidos para o Indicador 1: (PCET).

Tabela 12- Valores de conformidade por item do Indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do programa de controle e prevenção de infecção hospitalar aplicado nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013

INDICADOR 1	Conforme	Não	Conforme	Itens
COMPONENTE	(%)	conforme	parcial	não se
		(%)	(%)	aplica
				(nº)
A CCIH é representada, no mínimo, por membros do serviço médico, enfermagem e administração	92,31	7,69	0	0
Há um regimento que determina o funcionamento da CCIH	92,31	0	7,69	0
Há dois profissionais de saúde, com nível superior, que executam ações exclusivas de prevenção e controle de IH, para cada 200 leitos, sendo que um deles é o enfermeiro	61,54	38,46	0	0
O enfermeiro atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 6 horas por dia	61,54	38,46	0	0
Há outro profissional, com nível superior, que atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 4 horas por dia	53,85	46,15	0	0
A CCIH realiza reuniões periódicas com participação dos membros executivos e lideranças	76,92	7,69	15,39	0
Há suporte de laboratório de microbiologia e patologia, próprio ou terceirizado	100	0	0	0
Há espaço físico delimitado e exclusivo para as atividades diárias, arquivos etc. da CCIH	61,54	30,77	7,69	0
Há disponibilização de recursos informatizados para as atividades desenvolvidas pela CCIH	92,31	7,69	0	0

INDICADOR 1	Conforme	Não	Conforme	Itens
COMPONENTE	(%)	conforme	parcial	não se
		(%)	(%)	aplica
				(nº)
A administração disponibiliza dados estatísticos (nº de admissões, altas, óbitos, pacientes-dia etc.) para realização de relatórios da CCIH	76,92	23,08	0	0
MÍNIMO	53,85	0	0	-
MÁXIMO	92,31	46,15	15,39	-
MÉDIA	75,38	20,00	4,62	-
DESVIO-PADRÃO	14,86	17,47	6,49	-

A Tabela 12 evidencia a inexistência de profissionais exclusivos para as atividades de controle de IH, bem como não dedicação do tempo necessário à realização dessas atividades. Também, verifica-se a ausência de reuniões periódicas e de dados estatísticos para a realização dos cálculos das taxas de IH.

A conformidade parcial em relação ao regimento interno, refere-se ao fato de a instituição possuir CCIH, declarar tal documento, porém não dispor do mesmo no momento da avaliação dos documentos e não enviá-lo posteriormente.

No que tange ao espaço físico da CCIH, a conformidade parcial foi considerada quando as instituições possuíam área delimitada, porém não exclusiva para o serviço. Quanto à realização periódica de reuniões o item conformidade parcial foi referente a serviços que apresentaram atas, porém com data anterior (um ano).

Sequencialmente, a análise do indicador dois (PCDO), que se refere à existência de manuais para prevenção de infecções das principais topografias, bem como rotinas e procedimentos operacionais, observa-se ainda a presença de não conformidades.

As conformidades parciais referentes a esse indicador foram consideradas quando o serviço possuía manuais e rotinas, porém desatualizados (tempo superior a dois anos).

A recomendação para lavagem e higiene de roupas foi o item de menor conformidade (30,77%). A justificativa apresentada refere-se ao fato de esse serviço ser terceirizado e que, portanto, as orientações não são avaliadas pela CCIH. As unidades avaliadas como conformes possuíam serviço próprio ou cópia validada pela CCIH do manual da empresa terceirizada.

As orientações referentes à coleta de material para culturas também apresentaram baixa conformidade, com média inferior a 50%. A Tabela 13 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 13- Valores de conformidade por item do Indicador de Avaliação das Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar aplicado nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013

INDICADOR 2	Conforme	Não	Conforme	Itens
COMPONENTE	(%)	conforme	parcial	não se
		(%)	(%)	aplica
				(nº)
Há recomendação para avaliação e encaminhamento de acidentes com perfurocortantes e outras exposições a material biológico	69,23	7,69	23,08	0
Há recomendações para descarte de resíduos de serviço de saúde	61,54	0	38,46	0
Há recomendações para controle e prevenção de infecções respiratórias	58,33	33,33	8,34	1
Há recomendações para controle e prevenção de infecções urinárias	58,33	25	16,67	1
Há recomendações para controle e prevenção de infecções de corrente sanguínea	61,54	38,46	0	0
Há recomendações para controle e prevenção de infecções de sítio cirúrgico	61,54	30,77	7,69	0
Há recomendações para isolamentos de pacientes com doenças infectocontagiosas	66,67	25	8,33	1

INDICADOR 2	Conforme	Não	Conforme	Itens
COMPONENTE	(%)	conforme	parcial	não se
		(%)	(%)	aplica
				(nº)
Há recomendação para o uso de antibióticos profiláticos para prevenção de infecção de sítio cirúrgico	69,24	15,38	15,38	0
Há padronização de soluções germicidas e antissépticos	53,85	46,15	0	0
Há recomendação de técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos	61,54	23,08	15,38	0
Há recomendação de técnica de higienização de mãos	69,24	15,38	15,38	0
Há recomendação de rotina de limpeza e desinfecção de superfícies	69,23	23,08	7,69	0
Há recomendação para lavagem e higienização de roupas utilizadas na instituição	30,77	38,46	30,77	0
Há recomendação de técnica para coleta de material para realização de culturas	46,16	38,46	15,38	0
Há recomendação das técnicas de curativos e periodicidade de trocas dos mesmos	53,85	30,77	15,38	0
MÍNIMO	30,77	0	0	-
MÁXIMO	69,24	46,15	38,46	-
MÉDIA	59,40	26,07	14,53	-
DESVIO-PADRÃO	10,41	12,61	10,39	-

Para o Indicador 3 (PCVE), a Tabela 14 demonstra os resultados encontrados.

Tabela 14- Valores de conformidade por item do Indicador de Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar aplicado nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013

INDICADOR 3	Conforme	Não	Conforme	Itens
COMPONENTE	(%)	conforme	parcial (%)	não se aplica (nº)
		(%)		
Realiza vigilância epidemiológica (global ou por componente) com periodicidade determinada	92,31	7,69	0	0
Realiza vigilância epidemiológica de infecção hospitalar por meio de busca ativa dos casos	92,31	7,69	0	0
Realiza busca ativa de casos de infecção hospitalar nas unidades de maior risco (UTI, berçário, queimados, etc)	100	0,00	0	5
Monitora com periodicidade e registros regulares os resultados microbiológicos de culturas, que identificam cepas ou espécies de micro-organismos inclusive resistentes	83,33	16,67	0	1
Há critérios pré-determinados para diagnóstico de infecção hospitalar	61,54	23,08	15,38	0
Produce relatório periódico dos resultados da vigilância epidemiológica	92,31	7,69	0	0
Os relatórios analisam e informam alterações do perfil epidemiológico (descritivos e/ou gráficos)	92,31	7,69	0	0
Os relatórios correlacionam resultados com estratégias de controle e prevenção adotada (intervenção)	46,15	46,16	7,69	0
Os relatórios são regularmente disponibilizados aos diversos setores e lideranças da instituição	76,92	23,08	0	0

INDICADOR 3	Conforme	Não	Conforme	Itens
COMPONENTE	(%)	conforme	parcial (%)	não se
		(%)		aplica
				(nº)
Os relatórios são regularmente disponibilizados para os órgãos públicos concernentes (gestores)	100	0	0	0
MÍNIMO	46,15	0	0	-
MÁXIMO	100	46,16	15,38	-
MÉDIA	83,72	13,98	2,31	—
DESVIO-PADRÃO	17,56	13,97	5,19	—

Nesse indicador, o item de menor conformidade (46,15%) foi o que verifica se a CCIH correlaciona os dados dos relatórios de vigilância epidemiológica com estratégias de controle e prevenção de IH adotadas na instituição. A conformidade parcial desse foi considerada na ausência de comprovação, por meio de listas de presença, que confirmem as reuniões ou treinamentos.

O item que analisa a utilização de critérios pré-determinados para o diagnóstico de IH, com média de conformidade de 61,54% demonstra que as instituições ainda não possuem critérios bem definidos para tal. A parcialidade nesse componente foi encontrada em um programa que, apesar de relatar a utilização de critérios, apenas o descreveu para duas infecções principais.

A avaliação do indicador 4, apresentado na Tabela 15 analisa a realização de inspeção, orientação por demanda espontânea ou, ainda, avaliação conforme legislação específica vigente ou diretriz do hospital em unidades específicas pela CCIH.

Tabela 15- Valores de conformidade por item do Indicador de Avaliação das Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar aplicado nas instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2013

INDICADOR 4	Conforme	Não	Conforme	Itens
COMPONENTE	(%)	conforme	parcial	não se
		(%)	(%)	aplica
				(nº)
Unidade de diálise (I - D - C - O)	66,68	16,66	16,66	7
Banco de sangue (I - D - C - O)	20	60,00	20	8
Laboratório de análises clínicas (I - D - C - O)	0	83,33	16,67	7
Laboratório de anatomia patológica (I - D - C - O)	0	80	20	8
Unidades de internação (I - D - C - O)	92,31	7,69	0	0
Unidades de terapia intensiva (I - D - C - O)	100	0	0	5
Berçário (I - D - C - O)	100	0	0	8
Central de material e esterilização (I - D - C - O)	76,93	7,69	15,38	0
Centro cirúrgico (I - D - C - O)	76,93	7,69	15,38	0
Pronto-socorro (I - D - C - O)	50	33,33	16,67	7
Ambulatório (I - D - C - O)	55,56	11,11	33,33	4
Serviço de nutrição e dietética (I - D - C - O)	61,54	23,08	15,38	0
Participa nas decisões técnicas para especificação e aquisição de produtos e correlatos	38,46	61,54	0	0
MÍNIMO	0	0	0	-
MÁXIMO	100	83,33	33,33	-
MÉDIA	56,80	30,16	13,04	—
DESVIO-PADRÃO	34,30	30,45	10,18	—

Chama atenção o componente relativo à participação da CCIH nas decisões técnicas para aquisição de produtos. Os dois itens de menores conformidades foram as visitas e consultas registradas no laboratório de análises clínicas e anatomia patológica, tendo em vista o desconhecimento dos profissionais de CCIH a respeito dos laboratórios credenciados à instituição.

5 Discussão

A qualidade da assistência em saúde está diretamente relacionada à segurança dos pacientes atendidos nas diferentes instituições, incluindo a mitigação do risco infeccioso. Assim, é fundamental que a melhoria contínua da qualidade inclua a prevenção e o controle das IHe, reduzindo, assim, a mortalidade e os custos relacionados (SILVA, 2010).

Nessa perspectiva, o Instituto de Medicina Americano (IOM) destacou áreas prioritárias de atenção, voltadas à qualidade dos serviços de saúde, das quais o controle e prevenção das IRAS faz parte (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Já, em 2004, o instituto para a melhoria do cuidado à saúde dos Estados Unidos lançou a campanha “Salvando 100.000 vidas”, fortalecendo a necessidade de controle das IHe, tendo como objetivo principal prevenir a pneumonia associada à ventilação mecânica, infecção do sítio cirúrgico e infecção da corrente sanguínea, através da adoção de pacotes de medidas que reduzissem o risco dessas infecções. Posteriormente, houve a expansão para “Salve 5 milhões de vidas”, com associação de outras seis intervenções para controle das IRAS (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2006).

No Brasil, a incorporação de ações para a prevenção e controle das IHe não é bem conhecida. Acredita-se que a maioria dos hospitais e os gestores públicos de saúde enfrentem dificuldades na prevenção das IRAS, apesar da obrigatoriedade de manutenção dos programas de controle de infecção hospitalar (PCIH) (SANTOS, 2006).

Na gestão pública da saúde, a descentralização das ações de assistência hospitalar para os municípios procurou aproximar a oferta de serviços às necessidades locais. Entretanto, a descentralização, sem a incorporação dos preceitos de segurança do paciente, levou à fragilidade na assistência de maior complexidade, com aumento dos riscos. Assim, o fortalecimento das interfaces do controle de infecções com as ações de prevenção de eventos adversos e de promoção da qualidade na atenção à saúde é a principal estratégia para a redução de riscos. A Anvisa vem incorporando, em suas resoluções, a obrigatoriedade de se trabalhar com indicadores de processo e de resultado que também medem a incorporação de ações específicas para o controle de infecções e de eventos adversos (SANTOS, 2006).

Ainda se observa, no entanto, na prática, que as IH são vistas como complicações inerentes ao cuidado em saúde e poucas vezes são consideradas

eventos adversos relacionados à baixa qualidade da assistência prestada. Portanto, apesar do imenso conteúdo teórico disponível e a obrigatoriedade legal da existência de um PCIH e da adoção de medidas preventivas para o controle das IRAS, ainda são imensos os desafios para a aplicação da assistência segura na prevenção de infecções.

Destaca-se o déficit de recursos financeiros, aliado ao aumento do número de pacientes e complexidade da assistência e problemas com recursos humanos referentes à quantidade, qualidade e treinamento.

Em estudo conduzido em 2003, em hospitais americanos, identificaram-se os eventos adversos ocorridos em pacientes cirúrgicos (ocorrência de quedas, erros de medicação, úlcera de pressão e infecção hospitalar), concluindo-se que o acréscimo em uma hora de trabalho para os enfermeiros, para cada paciente, por dia, ou o aumento de 10% na proporção desses profissionais poderia estar associado à diminuição de 8,9% na chance de ocorrência de pneumonia (CHO, et al., 2003).

Uma pesquisa realizada em 21 unidades de internação médico-cirúrgicas em Taiwan teve por objetivo analisar os efeitos de algumas variáveis do staff de enfermagem sobre os resultados clínicos dos pacientes, mensurados através de cinco eventos adversos: taxas de quedas de pacientes, úlcera de pressão, infecções do trato respiratório e urinário e queixas de pacientes/familiares. Os resultados demonstraram que a carga de trabalho dos enfermeiros foi o preditor mais importante das IH, enquanto que as horas de cuidado de enfermagem dispensadas mostraram ser o melhor preditor dos índices relativos aos eventos adversos estudados (YANG, 2003).

Nesse cenário, destaca-se ainda mais a necessidade de monitoramento das IRAS nas instituições de saúde, bem como o acompanhamento dos PCIH quanto à sua efetividade.

Soule et al., (2012) e Thompson (2012) afirmam que, para se alcançar um bom desempenho de um PCIH, é necessária a educação dos profissionais de saúde sobre medidas de prevenção de IRAS, realização e documentação de auditorias nas unidades das instituições de saúde, análise dos problemas através da identificação da causa-raiz, mensuração das taxas de IRAS, devolução das mesmas aos profissionais das unidades e comparação dessas taxas com outras instituições em nível local, estadual e nacional.

Menezes (2009) comenta que um desafio para o controle das infecções tem sido a busca por mudanças na atuação dos PCIH.

A dificuldade no desenvolvimento de tais avaliações, no entanto, reflete-se na escassez de estudos sobre essa temática em nível nacional. Sendo assim, realizar a avaliação do desempenho dos PCIH através de um indicador se faz necessária.

O presente estudo conseguiu adesão significativa dos hospitais participantes, sendo que, das 16 instituições do município, 13 (81,25%) aderiram à investigação. Esse panorama possibilita a elaboração de um diagnóstico mais preciso da qualidade dos PCIH. Silva (2010) foi pioneira ao desenvolver uma pesquisa com o objetivo de validar indicadores sobre Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar, que se constitui num dos grupos temáticos do Manual de Indicadores de Avaliação da Qualidade de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar. Nesse estudo, a autora obteve a participação de 31% (50) das instituições no município de São Paulo.

O trabalho em saúde pautado na qualidade, atualmente, tem adotado programas de certificação ou acreditação com foco na adoção de estratégias de melhoria e alcance de padrões de excelência da qualidade da assistência, destinados a garantir a segurança do paciente.

Nessa direção, o uso da acreditação como método de avaliação da qualidade dos serviços de saúde demonstra preocupação com a busca pela excelência nesses serviços de saúde e com o cuidado ao paciente (SHAW, et al., 2002).

Na presente investigação identificou que apenas 30,77% das instituições participantes possuíam algum tipo de certificação, enquanto que a pesquisa realizada em São Paulo obteve 50% nesse quesito.

Certificação é um processo pelo qual um órgão autorizado avalia e reconhece um profissional ou uma instituição como atendendo os requisitos ou critérios pré-determinados (ROONEY, et al., 1999).

No Brasil, têm sido utilizados programas específicos de qualidade institucional como o Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), a International Organization for Standardization (ISO), a Joint Commission International (JCI), pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) e a Organização Nacional de Acreditação (ONA), sendo que para essa última as instituições podem ser classificadas em três níveis, mostrados a seguir.

Nível 1- Avaliação quanto à segurança (estrutura)

As exigências deste nível contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, com recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsáveis técnicos, com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional. Envolve habilitação do corpo funcional; segurança para o paciente; atenção aos requisitos normativos e de estrutura para a organização segura da assistência; estrutura básica (recursos) configurados, existentes e orientados em conformidade com uma execução consistente com a sua finalidade, complexidade ou missão.

Nível 2- Avaliação quanto à segurança (estrutura) e organização (processos)

As exigências deste nível contemplam evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial, e práticas de auditoria interna. Envolve existência de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis e aplicados; evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria de processos nas ações assistenciais e nos procedimentos médico-sanitários; evidências de atuação focalizada no cliente/paciente.

Nível 3- Avaliação quanto à segurança (estrutura), organização (processos) e práticas de gestão e qualidade (resultados)

As exigências desse nível contêm evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de: estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários. Envolve evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência; evidências de ciclos de melhoria em todas as áreas, com impacto sistêmico na organização; sistema de informação institucional, baseado em indicadores operacionais, econômicos e de qualidade, com comparações com referenciais externos e evidências estatísticas de melhoria nos resultados institucionais; sistema de verificação da satisfação dos clientes (internos e externos), evidências objetivas do impacto do programa institucional de qualidade e produtividade (BRASIL, 2002).

Já o Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) é um programa de adesão voluntária, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar. A certificação é dada às instituições que atendem todas as questões obrigatórias de um roteiro que analisa tópicos referentes à liderança, estratégias e planos, clientes, pessoas, sociedade, resultados e processos.

Um programa de qualidade deve assegurar ao usuário o grau específico de excelência ou, conforme tendência mais recente, melhorar a qualidade de maneira contínua. Um programa assim comporta dois processos: o primeiro inclui a mensuração e avaliação de diversos aspectos da estrutura organizacional, da execução dos cuidados ou de seus resultados e o segundo comporta a planificação de estratégias para sua melhoria (DREYER, 1997).

Pode-se, assim, inferir que instituições que adotam programas de certificação ou acreditação podem desenvolver melhores práticas, pois visam a qualidade no atendimento prestado.

Em relação à estrutura física dos serviços, identificou-se que em 61,54% das instituições havia leitos de terapia intensiva. Silva (2010) encontrou atendimento de maior complexidade, visto que 100% dessas instituições possuíam esses leitos. Em ambos os estudos, obteve-se 100% quando da verificação da existência de centro cirúrgico e central de material.

No quesito capacitação dos profissionais para desenvolvimento de atividades voltadas ao controle de IH, verificou-se que, na maioria das unidades investigadas, os profissionais atuam nessa área sem treinamento específico, o que pode ser avaliado como fator dificultador para a execução das práticas, monitoramento e prevenção das IH.

Alves et al., (2002), ao entrevistar 14 enfermeiros sobre as práticas de CCIH, destacou a falta de cursos de especialização ou treinamento específico nessa área e ressaltou a importância de o profissional estar atualizando seus conhecimentos na área, em virtude das transformações tecnológicas e novas descobertas da ciência na prevenção e controle dessas infecções.

Estudo desenvolvido em Ontario, Canadá, utilizando a aplicação de questionários, comparou a proporção de profissionais com certificação em controle de IH em 1999 e 2005, e verificou diminuição desse valor que poderia ser decorrente da exigência de dois anos de experiência prévia para a inscrição no exame de certificação. Identificou, também, que os profissionais tinham, em média, menos de 2

anos de experiência em controle de infecção em 2005, o que veio ao encontro de dados evidenciados neste estudo (ZOUTMAN, et al., 2008).

Ebnother et al. (2008), por meio de estudo desenvolvido na Suíça, de metodologia quantitativa, tipo antes e depois, com o objetivo de avaliar o impacto de um PCIH nas taxas de IH, evidenciaram que o número adequado de profissionais para a realização do controle de infecções bem como sua capacitação pode levar a diminuição considerável na incidência de IH.

Quanto aos treinamentos oferecidos pela CCIH a outros profissionais, destaca-se, aqui, esses acontecem predominantemente para a equipe de enfermagem (46,15%), apesar de ainda serem consideravelmente restritos. Para os profissionais do serviço de lavanderia apenas uma instituição relatou desenvolver tal capacitação, no entanto, não apresentou documentos comprobatórios da realização dessa atividade.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2009), com o objetivo de mapear o panorama dos PCIH no Estado, realizou investigação utilizando uma amostra aleatória de 158 hospitais, sendo 56 da capital e região metropolitana e 102 do interior do Estado, aplicando formulários com base na legislação para avaliação desses programas. Esse estudo também mostrou que 46,2% das CCIH não contam com programas de treinamento de profissionais.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária desenvolveu um inquérito (BRASIL, 2004b) avaliando as ações de controle de IH no país, através de envio de questionário, obtendo taxa de retorno de 61,8% (4.148 instituições). A Região Sudeste contribuiu com 35,1% (1.454) dos hospitais participantes do inquérito, a Região Nordeste com 28,3% (1.172), a Região Sul, com 21,3% (884); a Região Centro-Oeste, com 8,2% e a Região Norte com 7,2% (297) (SANTOS, 2006).

Em relação ao item Educação em controle de IH, das 86 unidades na esfera federal investigadas, 76,7% (66), realizavam essa atividade. Na esfera estadual foram 411, sendo que 55,2% (227) das instituições informaram desenvolver atividades educacionais para o controle de IH. Das 944 unidades municipais investigadas apenas 29,4% (278) realizavam essa prática e, no âmbito privado, 2.638 unidades informaram sobre esse quesito, sendo que 53,6% (1.415) estavam conformes (SANTOS, 2006).

Azevedo (2008), ao avaliar as comissões de controle de infecção hospitalar dos hospitais públicos de grande porte na cidade de Fortaleza, por meio do roteiro

de inspeção – Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº48 da Anvisa, mostrou que todos os cinco hospitais avaliados ofereciam treinamento específico, sistemático e periódico do pessoal do hospital para o controle de IH.

Ressalta-se que a educação permanente a todos os profissionais da instituição é de extrema importância e necessária para que haja prevenção e controle das infecções hospitalares, tanto pelas mudanças frequentes que invadem a área da saúde quanto pela necessidade de que essa produção de conhecimentos tenha aplicabilidade na prática cotidiana dos trabalhadores da saúde (AZAMBUJA, et al., 2004).

Camaliente (2000) também coloca que o treinamento específico, sistemático e periódico dos profissionais para o controle de IH é necessário e é uma das alternativas que pode estimular a participação desses profissionais e redução dos índices das IH.

Smith (1987) ressalta que a educação sobre controle de IH deve ser fornecida a todos os funcionários, especialmente àqueles que fornecem assistência direta ao paciente.

Na avaliação das atividades da CCIH quanto à adoção de mecanismos para detecção de casos de infecção do sítio cirúrgico pós-alta, observa-se que em 53,85% essa prática não existia, o que corrobora os resultados obtidos por Azevedo (2008) que identificou ausência desse mecanismo em 80% das instituições investigadas.

Mangram et al. (1999) ressaltam que cerca de 19 a 84% das infecções do sítio cirúrgico podem ser diagnosticadas durante a vigilância pós-alta. Assim, instituições de saúde que restringem o seguimento do paciente cirúrgico somente durante o período de internação tendem a apresentar menores taxas de Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) quando comparados àqueles que incluem o seguimento depois da alta (DELGADO-RODRIGUEZ, et al., 2001; FERRAZ, et al., 1995).

A falta deste mecanismo, portanto, propicia a subnotificação dessas infecções, pois, na maioria das vezes, a curta permanência do paciente cirúrgico inviabiliza a vigilância da ISC durante a internação, o que pode levar as instituições a acreditar que não há problemas quando na verdade, os casos não aparecem (OLIVEIRA, et al., 2007).

A existência do grupo de reprocessamento de artigos médico-hospitalares, bem como a participação da CCIH nesse constituiu-se em outra atividade

investigada na presente pesquisa que obteve apenas 30,77% de conformidade. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº15, de 15 de março de 2012, tornará obrigatória, a partir de março de 2014, a criação desses grupos nas instituições de saúde, o que certamente promoverá modificação desse percentual (BRASIL, 2012).

Assim, como as IH são fatores de risco para a segurança do paciente, as atividades de controle e prevenção dessas infecções devem permanecer na linha de frente e na base de todas as organizações de saúde e, para tal, se faz necessária a criação e manutenção de um PCIH que sustente e qualifique ações mínimas de controle e prevenção (SANTOS, 2006).

Os resultados obtidos na investigação traduzem uma realidade local, mas que pode ser considerada expressiva pelo contingente de instituições que participaram desta pesquisa. Na literatura nacional, apenas um estudo foi realizado utilizando a mesma metodologia de avaliação adotada, o que limita a comparação de resultados por critérios diferentes de seleção da amostra das instituições investigadas, tais como: porte, tipo de atendimento, estrutura física e natureza jurídica.

O presente estudo procurou então atender o desafio da busca por novos sistemas de avaliação da assistência prestada nas instituições de saúde voltadas às práticas de controle e prevenção de IH, por meio de indicadores clínicos.

Os referidos indicadores estavam previamente construídos e validados quanto à consistência interna, validade discriminante e validade de construto (SILVA, 2010), sendo disponibilizados pela Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo.

A maneira original desse indicador, na forma de construto operacional, e sobre fundamentação teórico-científica, permite orientar tanto a aplicação da avaliação quanto obter índices de conformidade em relação às melhores recomendações disponíveis (MENEZES, 2009).

Silva (2010), ao aplicar em seu estudo esses indicadores, aponta para a direção de mudança do paradigma em controle de infecção hospitalar, de “apenas burocrático e no papel”, para um processo de real contribuição na direção da qualificação da assistência em saúde, por meio de ações efetivas de prevenção e controle de infecção hospitalar, estruturadas e apresentadas em um Programa de Controle de Infecção Hospitalar adequado às ações de estrutura, processo e resultados. Entretanto, aponta ainda considerar fundamental a aplicação desses instrumentos e indicadores em outros centros de referência em saúde, possibilitando

diagnóstico ético e baseado cientificamente, mas que precisa ser largamente aplicado (SILVA, 2010).

O Indicador 1, referente à estrutura técnico-operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, apresentou 75% de conformidade neste estudo, enquanto que Silva (2010) obteve quase 100% de conformidade em toda a amostra.

Nesse indicador, as maiores taxas de não conformidade encontradas nesta investigação foram referentes à carência de profissional médico (46,15%) ou, ainda, enfermeiro sem exclusividade à CCIH e/ou com tempo de atividade não suficiente (38,46%), além da ausência de espaço físico delimitado e exclusivo (30,77%). Silva (2010) também evidenciou essas inadequações, porém, em apenas 2% das instituições o médico não cumpria a carga horária necessária, e em 8% o enfermeiro não atuava com dedicação exclusiva (SILVA, 2010).

Alves, et al., (2002), ao entrevistar 14 enfermeiros que trabalhavam em CCIH, obteve que seis (42,86%) desses profissionais exerciam outras atividades que não a específica para a qual foram contratados.

Já Azevedo (2008), ao avaliar as CCIH de cinco hospitais públicos de grande porte, na cidade de Fortaleza, demonstrou que todos estão em conformidade no que diz respeito à composição, formação e estrutura das suas CCIH segundo a Portaria 2616.

Estudo desenvolvido pelo CREMESP (2009) evidenciou que 45,6% das instituições não têm um PCIH formal e 53,8% não contam com o quadro mínimo de integrantes necessários para execução das ações de controle de IH. Também identificou que 41,1% não contam com estrutura mínima para o trabalho da comissão (sala, mesa, computador e telefone).

Zoutman, et al., (2008) obteve que, em 1999 e em 2005 havia déficit de horas/profissionais para as atividades voltadas ao controle de IH por 100 leitos, evidenciando que em apenas 22,6% das instituições analisadas essa relação estava adequada.

Percebe-se que, na avaliação da estrutura e composição da CCIH, ainda se depara com locais que não possuem o quantitativo adequado de profissionais, fato que reflete o conceito de CCIH como estruturas temporárias e frágeis, que têm como finalidade principal atender a legislação vigente, possibilitando interrupção dessas atividades a qualquer momento. Hospitais onde o controle de infecções é realizado com efetividade são compostos por estruturas definidas, com pessoal contratado e

capacitado para as atividades que irão exercer em caráter permanente, com autoridade e responsabilidade definidas (SANTOS, 2006).

Quanto ao desempenho desse indicador, embora ele possibilite a avaliação estrutural da CCIH, no tocante constituição e documentação, não garante que a mesma seja atuante. Talvez uma complementação para o indicador 1 envolvesse a realização de entrevistas com profissionais das instituições de saúde com questionamentos que possibilitassem a checagem dos itens avaliados.

Tais informações permitiriam análise mais abrangente da atuação das comissões, uma vez que dentre os vários objetivos do trabalho desse grupo está a redução do número de infecções, através do acompanhamento das taxas de IHS, bem como a adoção de práticas preventivas e treinamentos voltados aos profissionais.

No que se refere ao indicador 2- Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar- identificou-se um déficit dos serviços em relação à elaboração e à atualização dos manuais de normas, rotinas e recomendações para controle de IH. A taxa de conformidade encontrada neste estudo foi de 58,97% *versus* 91,3%, na investigação desenvolvida por Silva (2010). O item de menor conformidade foi referente à padronização de soluções germicidas e antissépticos (46,15%), sendo que Silva (2010) encontrou taxa inferior a 10%.

Observa-se, ainda, que apenas 30,77% dos serviços possuíam recomendação para lavagem e higienização de roupas. Silva (2010) verificou que esse foi o item de menor conformidade, porém obteve média de 64%. Outro item de baixa conformidade foi referente à coleta de material para culturas, fato também observado por Silva (2010), sendo que a média foi de 46,16% de instituições conformes *versus* 86% no estudo de Silva (2010). Ressalta-se que existe a necessidade de elaboração dessas recomendações, haja vista que contaminações na coleta podem levar à identificação de micro-organismos que não estejam relacionados à infecção, gerando tratamentos desnecessários.

Os componentes que obtiveram média de 50% de conformidade foram: recomendações para controle e prevenção de infecções respiratórias, recomendações para controle e prevenção de infecções urinárias, recomendação das técnicas de curativos e periodicidade de trocas dos mesmos.

Esses itens no estudo de Silva (2010) tiveram média de conformidade acima de 90%. Já Azevedo (2008), ao avaliar se as instituições possuíam procedimentos

escritos orientando curativos, obteve 80% de conformidade. Quanto aos procedimentos escritos orientando cuidados com cateteres vesicais, houve 100% de adequação.

Zoutman et al. (2003), ao aplicarem questionários em instituições de saúde canadenses, obtiveram que em 142 instituições (97,9%), das 145 avaliadas, possuíam manuais de controle de infecções, sendo que 91% tinham orientações escritas quanto à inserção asséptica e manutenção de sistema fechado para sonda vesical de demora, no entanto, apenas 42,7% das instituições monitoravam essa prática, sendo que, 87,3% das instituições avaliadas tinham rotina de troca dos circuitos de ventilação, e em 61% essa prática era monitorada.

As orientações para descarte de resíduos também tiveram 50% de conformidade neste estudo versus 88% no estudo de Silva (2010). No entanto, ressalta-se que a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº306, de 07 de dezembro de 2004, torna obrigatório que todo gerador de resíduos deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, baseado nas características dos resíduos gerados e na sua classificação (BRASIL, 2004b).

Já as orientações com média em torno de 60% de conformidade foram controle e prevenção de infecções de corrente sanguínea, controle e prevenção de infecções de sítio cirúrgico, recomendações para isolamentos de pacientes com doenças infectocontagiosas ou imunodeprimidos e rotinas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos. Silva (2010) obteve média superior a 90%. Azevedo (2008) encontrou 100% de adequação para os procedimentos escritos orientando sobre limpeza e desinfecção de artigos e cuidados com cateteres intravasculares.

Zoutman et al. (2003) observaram que 97,9% das instituições avaliadas apresentavam rotinas de inserção, manutenção e troca de dispositivos e soluções endovenosas e que essa prática era avaliada em 56,7% das unidades investigadas.

As instituições obtiveram 70% de conformidade nos componentes: recomendação para avaliação e encaminhamento de acidentes com perfurocortantes e outras exposições a material biológico, recomendação para o uso de antibióticos profiláticos para prevenção de infecção de sítio cirúrgico, recomendação de técnica de higienização de mãos e recomendação de rotina de limpeza e desinfecção de superfícies. Para esses componentes, Silva (2010) obteve mais de 90% de itens conformes. Azevedo (2008) verificou que todas as instituições

pesquisadas possuíam orientações acerca de lavagem de mãos, limpeza de superfícies e orientações em caso de acidente com material perfurocortante.

Zoutman et al. (2003) encontraram que em apenas 45,8% das instituições existia recomendação do tipo, tempo e duração da antibioticoprofilaxia, sendo que 50,8% dos hospitais referem controlar essa prática.

Esse indicador, ao se propor avaliar as diretrizes operacionais da CCIH, apresenta uma limitação, pois poderia também constar de itens que requeressem o questionamento dos profissionais acerca dos manuais, pois não adianta as CCIH possuírem as diretrizes se as mesmas não forem conhecidas pela equipe atuante.

Os profissionais dos serviços poderiam ser questionados sobre quais são as medidas que a instituição utiliza na prevenção de pneumonia, e na prevenção de infecção urinária e da corrente sanguínea e, assim, sucessivamente, para cada um dos manuais. O ideal é que profissionais de diferentes setores fossem questionados. Por exemplo, nas unidades cirúrgicas, as perguntas seriam direcionadas à prevenção de infecção de sítio cirúrgico; para os profissionais da lavanderia, como eles realizam a lavagem e transporte de roupas; na central de material, como é a rotina de limpeza, desinfecção e esterilização dos instrumentais e equipamentos; questionar os profissionais das diversas unidades de internação sobre quem realiza o isolamento dos pacientes, quais medidas são usadas na precaução por contato, como você realiza a higiene de mãos. Esses questionamentos podem complementar o indicador, reforçando a validade do mesmo.

O indicador 3, Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar, apresentou 82% de conformidade neste estudo, enquanto que Silva (2010) obteve quase 100% em toda amostra. O componente de menor conformidade foi aquele que questiona se os relatórios correlacionam resultados com estratégias de controle e prevenção adotada (intervenção), com média de 46,16%. Resultado esse bem diferente quando comparado aos resultados encontrados por Silva (2010), que obteve para todos os componentes desse indicador quase 100% de conformidade.

Zoutman et al. (2003) evidenciaram que os dados de infecção hospitalar eram comunicados às equipes de saúde em 99 instituições (68,8%) das 144 avaliadas.

Esse dado é bastante preocupante, pois o ideal é que primeiramente as CCIHs levantem o problema (ou seja, identifiquem suas taxas de infecção), em seguida avaliem os possíveis fatores de risco e as intervenções que possam estar deficientes para poder intervir junto à equipe.

Outro componente com baixa conformidade foi relacionado aos critérios utilizados para o diagnóstico de IH, sendo que, em média, apenas 60% das instituições o fazem. No estudo realizado pelo Cremesp (2009), 21% das instituições não estabeleciam critérios formais de diagnóstico das infecções hospitalares. Santos (2006) evidenciou em sua pesquisa que apenas 7,2% (252) dos 3.478 hospitais pesquisados para esse item indicaram a utilização dos critérios diagnósticos de referência para a vigilância das infecções hospitalares (critérios NNIS/CDC). Cento e trinta e quatro (3,9%) hospitais informaram usar critérios diagnósticos próprios; 1.239 (35,6%), critérios da Portaria GM/MS nº2.616/98; 255 (7,3%) usavam os três primeiros critérios; 1.092 (31,4%) hospitais disseram não utilizar critérios e 506 (14,5%) instituições não informaram sobre esse tópico. O autor ressalta que os critérios da Portaria GM/MS nº2.616/98, utilizados por 42% dos hospitais apenas caracterizam as infecções como hospitalares ou comunitárias, em relação ao tempo de início de sua manifestação e representam pequena parte dos critérios desenvolvidos pelo CDC.

O fato de não se ter critérios bem definidos e padronizados para o diagnóstico de IH, nas instituições, faz com que também não se consiga dados reais acerca da incidência dessas infecções, bem como comprometem as ações de prevenção e controle.

Assim sendo, enquanto não existir a obrigatoriedade em nível nacional de adoção de critérios padronizados, sendo eles os estabelecidos pelo CVE ou pelo CDC, não se conseguirá avançar em relação ao panorama nacional das infecções hospitalares.

Gastmeier et al. (2006) colocam que a vigilância das IHS em conjunto com outras medidas de controle de infecção e os sistemas nacionais de vigilância em saúde estimulam ainda mais o controle de infecção nos hospitais, bem como podem levar à redução considerável das taxas de IH. Salientam ainda que a vigilância estimula novas medidas de controle, pelo *feedback* dos dados à equipe, bem como pelas atividades de rotina e a presença dos profissionais de CCIHs nas unidades de assistência.

Quanto à disponibilização dos relatórios de IH aos diversos setores e lideranças da instituição, cerca de 23% não o faziam, sendo que, no estudo desenvolvido pelo Cremesp (2009), 49,4% das instituições não divulgavam internamente informações e dados referentes ao controle de IH. Sem dúvida, o fato de apresentar às pessoas envolvidas os dados das infecções sensibiliza os profissionais para o problema, bem como estimula os membros da equipe para a criação de estratégias e adoção de medidas de prevenção de IH. Um problema só é

real quando é conhecido e, portanto, a divulgação é extremamente importante e necessária.

No quarto indicador, que analisa as Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar, a taxa de conformidade foi de 60,29% *versus* 83,5% no estudo desenvolvido em São Paulo. O componente de menor conformidade foi referente às atividades desenvolvidas no laboratório de análises clínicas e anatomia patológica, onde nenhum serviço apresentou evidências, sendo que em mais de 50% das instituições esse item não se aplicava. Silva (2010), em seu estudo observou 64% de conformidade nesse componente. Quanto às atividades realizadas no banco de sangue, também houve baixa conformidade (7,69%), sendo que 61,54% desse componente não foi aplicado nas instituições investigadas. Silva (2010) verificou taxa de conformidade de 89%.

Ressalta-se que esses indicadores de avaliação dos PCIHs foram construídos de maneira a garantir a melhor qualidade para uma dada prática, a partir de fundamentação teórico-científica disponível e de consenso de Especialistas. Ela destina-se, inicialmente, à caracterização e diagnóstico de situação, ou seja, como as práticas estão ocorrendo e qual a sua conformidade em relação à melhor qualidade esperada (LACERDA, 2006).

Lacerda (2006) recomenda que:

“Avaliações internas com estes indicadores poderão determinar políticas institucionais de aprendizado, treinamento, feedback e ajustes de metas de conformidade” e que “Avaliações externas, de órgãos públicos e privados, permitirão a geração de políticas ampliadas de reciclagem e regulamentações”.

Lacerda (2006) ressalta, ainda, que os indicadores epidemiológicos tradicionais, além de sua aplicação já estar bem reconhecida e estabelecida, oferecem índices de incidência e prevalência de eventos de IH ou de resultados de intervenções. Já, a grande maioria dos indicadores propostos busca resultados de conformidade de estrutura e de processos assistenciais.

Assim, ao aplicar esse indicador, pôde-se observar que o mesmo é aplicável às instituições de saúde, podendo e devendo ser utilizados pelas CCIH para auditoria interna, bem como pelos serviços de vigilância sanitária para avaliação dos serviços, fornecendo melhor diagnóstico da realidade das instituições.

6 Considerações Finais

6.1 Limitações

A presente investigação tem como principal limitação a avaliação de instituições de saúde de diferentes portes, com atendimento diversificado, incluindo unidades especializadas. Dessa maneira, dificultou-se a comparação entre os serviços e com a literatura nacional.

Outro fator limitante refere-se ao objetivo desta investigação que foi a aplicação de indicadores já construídos e validados, e que, portanto, não prevê a realização de entrevistas com profissionais atuantes na assistência, como informações adicionais da avaliação. A coleta dos dados baseou-se na checagem das documentações comprobatórias existentes nos serviços analisados.

Considera-se também, que este estudo tem abrangência local e que, portanto, seus resultados são aplicados a uma dada realidade, o que limita a generalização dos resultados.

6.2 Contribuições para a prática

Esta investigação possibilitou identificar que o grupo de indicadores de avaliação dos PCIH é factível e pode ser utilizado tanto por esses programas como pelas unidades que realizam inspeção nas instituições de saúde como um instrumento de melhoria das práticas realizadas.

Outro fator importante seria a sugestão de inclusão de um novo indicador validado para avaliação da capacitação dos profissionais que trabalham em CCIH, bem como nos indicadores já validados a inclusão de entrevistas com os profissionais (com questões pré-definidas) para atestar a conformidade dos indicadores.

Propõe-se, também, que novos indicadores sejam construídos para avaliação de serviços especializados, como maternidades, hospitais psiquiátricos, hospital-dia e serviços ambulatoriais, dada a especificidade desses. E ainda que seja considerado, nesses indicadores já validados, a categoria não se aplica, já que

mesmo os hospitais, quando de grande porte, não possuem muitas unidades descritas no indicador quatro.

Recomenda-se, portanto, a realização de novos estudos com o intuito de mapear a realidade brasileira e subsidiar políticas públicas de melhoria das práticas de controle de infecção hospitalar.

6.3 Conclusões

Este estudo avaliou os Programas de Controle de Infecção do Município de Ribeirão Preto, SP, por meio da aplicação de indicadores que possibilitaram identificar seus índices de conformidade.

O uso de indicadores permite aos serviços de saúde quantificar problemas e oportunidades de melhoria. Desse modo, a conformidade alcançada neste estudo não foi satisfatória. Os indicadores de estrutura técnico-operacional dos PCIH apresentaram média de 75% de conformidade. Os indicadores de diretrizes operacionais e atividades de controle e prevenção apresentaram média de 58,97%. Também foi verificado o sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, que obtiveram média de 82% de conformidade. O último grupo de indicadores, relativo às visitas técnicas e acompanhamento de unidades específicas na instituição, teve média de conformidade de 60,29%.

Vários foram os problemas identificados, desde a composição da CCIH, com inadequação de profissionais e espaço físico, até a não utilização de critérios pré-determinados para notificação dos casos de infecção hospitalar, o que pode falsear a realidade.

Ficou claro, também, que não são todos os serviços que se preocupam com a divulgação de seus dados internamente, não havendo, assim, a possibilidade de grandes mudanças de conduta e de comportamento dos profissionais envolvidos.

A capacitação técnica da equipe que atua no hospital e dos próprios profissionais da CCIH ainda é insuficiente, fato que pode estar atrelado às grandes demandas de trabalho e ao quantitativo de pessoal insuficiente. PCIH frágeis podem ter dificuldade na manutenção de treinamentos contínuos, seja pela falta de conhecimento da importância dos mesmos, seja pela impossibilidade estrutural e

técnica de realização dessas atividades. Pode-se observar, também, que visitas técnicas objetivando a melhoria da qualidade dos serviços não ocorrem com frequência, comprometendo o papel das CCIH no que tange a um acompanhamento sistemático e identificação de oportunidades de melhoria.

Considerando os resultados encontrados nesta avaliação, evidencia-se a existência formal de um programa com o objetivo de reduzir as IH, no entanto, observou-se que a existência desses não refletiu em estruturas adequadas com vistas à melhoria da qualidade do processo assistencial e prevenção de infecções. Fato esse que pode estar associado à escassez de profissionais nos serviços, com dedicação inferior à necessária e ausência de parceria dessa comissão com a diretoria do hospital. Não se pode esquecer que as infecções hospitalares são consideradas eventos indesejáveis e que, por vezes, não são evidenciadas, evitando assim a exposição institucional. Dessa forma, as IH, bem como os eventos adversos, acabam sendo subnotificadas e a realidade “mascarada”.

Conhecer a situação do controle de infecção hospitalar das instituições brasileiras, buscando evolução nas ações de prevenção deve ser uma prioridade, mas, para tanto, são necessários outros estudos avaliativos que tragam evidências sobre o panorama nacional.

O uso de indicadores de estrutura e processo, como os aplicados na presente investigação, possibilitou avaliação objetiva do cenário e pode contribuir para a identificação da realidade com vistas a transformar a CCIH – que muitas vezes restringe-se a atividades burocráticas, com preenchimento e envio de taxas para cumprimento da exigência legal - para serviços atuantes, buscando a melhoria contínua da qualidade e a segurança do paciente, conhecendo o problema das infecções e trabalhando para a redução real das mesmas.

Também é preciso investir no 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 para a redução de riscos, deixando a visão de que infecção é inerente ao cuidado.

Referências

ADAMI, N. P.; YOSHITOME, A. Y. Métodos de avaliação de resultados da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 56, n. 1, p. 52-6, 2003.

ALVES, C. I. A.; ÉVORA, Y. D. M. Questões éticas envolvidas na prática profissional de enfermeiros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, 2002.

ANTUNES, A. V. **O gerenciamento da qualidade na enfermagem**. 1997. Dissertação (Doutorado em 1997) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

AVELAR, A. F. M. et al. 10 passos para a segurança do paciente. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN-SP/Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP, 2010.

AZAMBUJA, E. P.; PIRES, D. P.; VAZ, M. R. C. Prevenção e controle de infecção hospitalar: as interfaces com o processo de formação do trabalhador. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, p. 79-86, 2004. Número Especial.

AZEVEDO, V. M. C. **Avaliação das comissões de controle de infecção hospitalar dos hospitais públicos municipais e estaduais de grande porte na cidade de Fortaleza – CE**. 2008. Dissertação (Mestrado 2008) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

BARRETT, S. P. Infection control in Britain. **J. Hosp. Infect.**, Cidade, v. 50, p. 106-9, 2002.

BATES, D. W. et al. The costs of adverse events in hospitalized patients. **JAMA**, Chicago, v. 277, p. 307-11, 1997.

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, DF, 26 de junho 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992. Expede, na forma dos anexos, normas para o controle das infecções hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de agosto 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da qualidade das ações de controle de infecção hospitalar em hospitais terciários**. Brasília, DF, 1995.

BRASIL. Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade de manutenção de programas de controle de infecção hospitalar pelos hospitais do País. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 de janeiro 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616/MS/GM, de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre a obrigatoriedade de Programa de Controle de Infecção Hospitalar e sua Estrutura e Atividades. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 maio 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução RDC nº 48, de 02 de junho de 2000**. Dispõe sobre o roteiro de inspeção dos programas de controle de infecção hospitalar. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Res_048.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 2. ed. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ebe26a00474597429fb5df3fbc4c6735/RDC_306.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 10 de dezembro de 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução RDC nº 15, de 15 de março de 2012**. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2015-2012.pdf>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2012.

BRAZ, M. G. **Indicadores de qualidade na assistência domiciliar**: uma proposta de indicadores de qualidade e desempenho. Rio de Janeiro: PRONEP, 2002.

CAMALIONTE, M. L. V. Aprimoramento de recursos humanos para o controle de infecção. In: FERNANDES, A. T.; FERNANDES, M. O. V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1679-85.

CAMPBELL, S. M. et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **Educ. Debate**, v. 326, p. 816-9, 2003.

CAPUCHO, H. C. Near miss: quase erro ou potencial evento adverso? **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 19, n. 5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de janeiro de 2013.

CÉLINE, L. F. **Vida e obra de Semmelweis**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **National nosocomial infection study report**. Atlanta: Centers for Disease Control, 1979. p. 2-14.

CHO, S. H. et al. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. **Nurs Res.**, v. 52, n. 2, p. 71-9, 2003.

CIANCIARULLO, T. I. C. **Teoria e prática em auditoria de cuidados**. São Paulo: Ícone, 1997.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). **Controle da infecção hospitalar é deficiente em mais de 90% dos hospitais de São Paulo**. São Paulo, 2009.

DECKER, M. D. The development of indicators. **Infect. Control. Epidemiol.**, v. 12, p. 490-92, 1991.

DELGADO-RODRIGUEZ, M. et al. Epidemiology of surgical site infections diagnosed after hospital discharge: a prospective cohort stud. **Infect. Control. Hosp. Epidemiol.**, v. 22, n. 1, p. 24-30, 2001.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Mem. Fund. Q.**, New York, v. 44, p. 166-206, 1966.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v. 1, p. 3-31.

DONABEDIAN, A. et al. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Qual. Rev. Bull.**, v. 18, p. 356-60, 1992.

DONALDSON, M. S. **Measuring the quality of health care: a statement by the National Roundtable on Health Care Quality**. Washington, DC: National Academy Press, 1999.

DREYER, E. Definição operacional da qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital-escola. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 50, n. 2, p. 229-46, abr./jun. 1997.

EBNOTHER, C. et al. Impact of an infection control program on the prevalence of nosocomial infections at a tertiary care center in Switzerland. **Infect. Control. Hosp. Epidemiol.**, v. 29, n. 1, p. 38-43, 2008.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. **Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008**. Stockholm, 2008.

FERRAZ, E. M. et al. Post discharge surveillance for nosocomial infection: Does judicious monitoring find cases? **Am. J. Infect. Control.**, v. 23, n. 5, p. 290-4, 1995.

FERREIRA, D. P. Indicadores de saúde: construção e uso. In: CIANCIARULLO, T. I.; CORNETTA, V. K. **Saúde, desenvolvimento: um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo: Ícone, 2000. p. 259-70.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (FNQ). **Critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional**. Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (ciclo 2006-2007). São Paulo: FNQ/CQH, 2006. Disponível em: <http://www.fnq.org.br/Portals/_FNQ/Documents/RE2006%20Rev3_final.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

GASTMEIER, P. et al. Effectiveness of a nationwide nosocomial infection surveillance system for reducing nosocomial infections. **J. Hosp. Infect.**, London, v. 64, p. 16-22, 2006.

GIUNTA, A. P. N.; LACERDA, R. A. 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. 40, p. 64-70, 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **5 million lives campaign**. 2006. Disponível em: <<http://www.ihc.org/offerings/initiatives/PastStrategicInitiatives/5MilionLivesCampaign/Pages/default.aspx>>. Acesso em: dez. 2012.

JOINT COMISSION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION (JCAHO). **List of Joint Commission approved subjects for screening indicators for hospital**. 2006. Disponível em: <<http://www.jointcomission.org>>. Acesso em: 31 maio 2006.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America/Institute of Medicine/National Academy Press, 2000.

LACERDA, R. A. **Manual de indicadores de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/ih/IH_MANUALFAPESP06.pdf>. Acesso em: acesso em 02 de fevereiro de 2011.

LACERDA, R. A.; EGRY, E. Y. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, p. 13-23, 1997.

LACERDA, R. A.; JOUCLAS, V. M. G.; EGRY, E. Y. Infecções hospitalares no Brasil: ações governamentais para o seu controle enquanto expressão de políticas sociais na área da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 30, p. 93-115, 1996.

MANGRAM, A. J. et al. Guideline for prevention of surgical site infection. hospital infection control practices advisory committee. **Infect. Control. Hosp. Epidemiol.**, v. 20, n. 4, p. 250-78, 1999.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 279, p. 279-84, 2009.

MENEZES, I. R. S. C. **Avaliação da conformidade de práticas de controle e prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em um hospital público de ensino**. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo/Universidade de São Paulo, 2009.

MERCOSUR. **XXIII reunión de ministros de salud del Mercosur**. Montevideo, 2007. (Mercosur/RMS/Acta n. 02/07).

MIRSHAWKA, V. **Hospital: fui bem atendido!!!** Rio de Janeiro: Makron Books, 1994.

NASCIMENTO, C. C. P. et al. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 362-7, 2008.

OLIVEIRA, A. C.; CIOSAK, S. I. Infecção de sítio cirúrgico em hospital universitário: vigilância pós-alta e fatores de risco. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 258-63, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Qualidade dos serviços sanitários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 57, p. 4-36, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Infecção hospitalar**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/noticias/informa/infecção.htm>>. Acesso em: 12 de março de 2012.

ORTIGOSA, E. R. La qualità nei servizi sanitari. In: ORTIGOSA, E. R. (Org.). **La valutazione di qualità nei servizi sanitari**. Milano: Angeli, 2000.

PEREIRA, M. S. Infecção hospitalar e seu controle: problemática e o papel do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 355-61, 1993.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RODRIGUES, C. E. A. Histórico das infecções hospitalares. In: _____. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo, 1997. p. 3-27.

ROONEY, A. L.; VAN OSTEMBERG, P. R. **Licensure, accreditation and certification: approaches to health care quality**. Bethesda: USAID Quality Assurance Project, 1999.

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

SENTONE, A. D. D. **Análise dos indicadores da qualidade na elaboração da prescrição de enfermagem em uma unidade de internação de um hospital universitário público**. 2005. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SHAW, C.; KALO, I. **A background for national quality policies in healthsystems**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002.

SILVA C. P. R. **Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar: construção e validação**. 2005. Dissertação (Mestrado em 2005) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVA C. P. R. **Proposta de avaliação de programas de controle de infecção hospitalar**: validação das propriedades de medidas de diagnóstico parcial de conformidade em serviços de saúde do município de São Paulo. 2010. Tese (Doutorado 2010) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SILVA, C. P. R.; LACERDA, R. A. Validação de proposta de avaliação de programas de controle de infecção hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, p. 121-8, 2011.

SILVA, P. F.; PADOVEZE, M. C. **Infecções relacionadas a serviços de saúde**: orientações para público em geral: conhecendo um pouco mais sobre infecção. São Paulo: CVE, 2012.

SMITH, P. W. Consensus conference on nosocomial infections in long-term care facilities. **Am. J. Infect. Control.**, v. 15, n. 3, p. 97-100, 1987.

SMITH, P. W. et al. Design and dissemination of a multiregional long-term care infection control training program. **Am. J. Infect. Control.**, v. 20, n. 5, p. 275-7, 1992.

SOULE, B. M.; MALANI, P.; MEMISH, Z. A. Developing an effective infection prevention and control program. In: SOULE, B. M.; MEMISH, Z. A.; MALANI, P. (Eds.). **Best practices in infection prevention and control**: an international perspective. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission International, 2012. p. 47-88.

THOMPSON, M. A. Patient safety. In: CARRICO, R. **APIC text of infection control and epidemiology**. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, 2012. Disponível em: <http://text.apic.org/item-13/chapter-12-patient-safety>. Acesso em: dez. 2012.

THORWALD, J. **O século dos cirurgiões**. São Paulo: Hemus, 2000.

VUORI, H. **Quality assurance of health services**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1982. (Public Health in Europe, 16).

VENTURA, C. M. U.; ALVES, J. G. B.; MENESES, J. A. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 1, 2012.

WHITMAN, G. R. et al. Measuring nurse-sensitive patient outcomes across specialty units. **Outcomes Manag.**, Hagerstown, v. 6, n. 4, p. 152-8, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety. **Summary of the evidence on patient safety**: implications for research: the research priority setting working group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. Version 1.1. Final technical report. Chapter 3. The international classification for patient safety. Key concepts and preferred terms. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Report on the burden of endemic health care associated infection worldwide**. A systematic review of the literature. Geneva: World Health Organization, 2011.

YANG, K. P. Relationships between nurse staffing and patient outcomes. **J. Nurs. Res.**, v. 11, n. 3, p. 149-58, 2003.

ZOUTMAN, D. E.; FORD, B. D. A comparison of infection control program resources, activities, and antibiotic resistant organism rates in Canadian acute care hospitals in 1999 and 2005: pre- and post-severe acute respiratory syndrome. **Am. J. Infect. Control.**, v. 36, n. 10, p. 711-7, 2008.

ZOUTMAN, D. E. et al. The state of infection surveillance and control in Canadian acute care hospitals. **Am. J. Infect. Control.**, v. 31, n. 5, p. 266-72, 2003.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Mayra Gonçalves Meneguetti – Aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP – USP) e enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**Avaliação de Programas de Controle de Infecção Hospitalar em Serviços de Saúde do Município de Ribeirão Preto**”, cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência à saúde quanto à adoção das diretrizes dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) nas instituições hospitalares da cidade de Ribeirão Preto. Caso você concorde em participar da pesquisa, terá que responder a questionários sobre a Caracterização de sua instituição, Estrutura Técnico-Operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, Diretrizes operacionais de prevenção e controle de infecção hospitalar, Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar e Atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar. Também será solicitada a apresentação de documentos que comprovem as atividades de controle de infecção como manuais e protocolos, atas de reuniões, escalas de trabalho, entre outros. Você levará cerca de uma hora para responder as perguntas. A entrevista será agendada previamente e realizada na sua instituição de trabalho. Garantimos que em nenhum momento durante a realização do estudo, ou durante a divulgação dos resultados do estudo, você e a sua instituição terão as identidades reveladas.

Os resultados do estudo poderão nos ajudar a conhecer e identificar os problemas relacionados aos Programas de Controle de Infecção do Município de Ribeirão Preto e serão publicados e divulgados em revistas e eventos científicos. Ressaltamos que os dados coletados serão devolvidos à instituição da maneira que acharem conveniente.

Em relação aos riscos da pesquisa, salientamos que são mínimos, pois se restringem a resposta aos questionários, no entanto, caso você tenha qualquer desconforto durante a entrevista, estará livre para retirar seu consentimento ou interromper a participação na pesquisa a qualquer momento. Também poderá deixar de responder às perguntas que possam lhe causar algum incômodo ou constrangimento. O senhor não terá nenhum custo referente a transporte ou instrumentos de pesquisa e nenhuma remuneração por participar deste estudo.

Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Mayra Gonçalves Meneguetti ou com a orientadora deste estudo, Profa. Dra. Ana Maria Laus, no endereço Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14049-902. Ribeirão Preto – São Paulo, nos telefones (16) 3602 3433 ou (16) 8118 1046 ou ainda através do e-mail: mayra_menegueti@yahoo.com.br, em qualquer fase do estudo. Caso ainda queira esclarecer quaisquer dúvidas sobre os aspectos éticos desta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pelo telefone (16) 3602 3386. Se você se sentir prejudicado por ter participado da pesquisa, você deverá buscar indenização de acordo com a lei vigente no Brasil. Gostaríamos de informar também que você receberá uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado pela pesquisadora responsável e outro termo ficará com a pesquisadora.

Atenciosamente,

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Nome do participante

Assinatura do participante

Mayra Gonçalves Meneguetti
Pesquisadora responsável
Fone: (16) 3602 2319

Prof. Dr. Ana Maria Laus
Orientadora
Fone: (16) 3602 3433

(termo impresso frente e verso)

APÊNDICE B**CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Nome da instituição: _____

Endereço: _____ Tel: _____

1) Tipo de assistência:

 geral especializada

2) Possui certificação de qualidade em saúde?

 sim, qual? _____ não

3) Porte (nº de leitos):

 pequeno - 70 médio – 71 a 200 grande – 201 a 400 extra – acima de 400

4) Entidade Mantenedora:

 pública privada mista outras

5) Possui Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

 sim não

Quanto tempo? _____

Natureza: própria consorciada

6) Possui Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

 sim não

Quanto tempo? _____

Natureza: própria consorciada

7) Vínculo dos profissionais:

SCIH

 funcionários terceirizados

CCIH

 funcionários terceirizados

8) Há quanto tempo (em anos) os profissionais da CCIH estão na empresa?

a) médico 1 _____

f) enfermeira 1 _____

b) médico 2 _____

g) enfermeira 2 _____

c) médico 3 _____

h) enfermeira 3 _____

d) médico 4 _____

i) enfermeira 4 _____

e) médico 5 _____

j) enfermeira 5 _____

Outros profissionais: categoria _____ tempo _____

Outros profissionais: categoria _____ tempo _____

Outros profissionais: categoria _____ tempo _____

Outros profissionais: categoria _____ tempo _____

Outros profissionais: categoria _____ tempo _____

9) O Hospital possui Unidade de Terapia Intensiva Adulta?

() sim () não

Se sim, quantos leitos? _____

10) O Hospital possui Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica?

() sim () não

Se sim, quantos leitos? _____

11) O Hospital possui Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?

() sim () não

Se sim, quantos leitos? _____

Anexos

ANEXO A

1-PCET: Indicador de Avaliação da Estrutura Técnico-Operacional do Programa de Controle e Prevenção de IH

Descrição: o indicador avalia a estrutura de um programa de controle de infecção hospitalar (PCIH), considerando sua formação e suporte técnico-operacional, tais como recursos humanos, infra-estrutura e instrumentos técnicos e administrativos. Em outras palavras, este indicador avalia os recursos do PCIH disponíveis para identificar, analisar e divulgar eventos de IH, assim como implementar ações específicas de controle de IH, mas não necessariamente como ele atua e quais ações estão sendo realizadas. Para tanto, há que se aplicar os indicadores subseqüentes.

Valor ideal: 100%

Fontes de Informação: sugere-se duas fontes principais. A documental (ideal) e entrevistas com os profissionais do controle de IH. A primeira é constituída de normas institucionais, atas de instituição do PCIH e de reuniões periódicas, relatórios e ou qualquer outro registro formal utilizado no serviço de saúde. A evidência de que o PCIH encontra-se atuante e de que há continuidade e regularidade de determinadas atividades deve ser obtida pela averiguação da existência dessa documentação durante, no mínimo, o período de um ano ou pelo tempo de implantação, se menor que esse período. É importante que os documentos e as entrevistas evidenciem a participação da alta administração/direção (gerências, diretorias, superintendências, etc.), além dos outros profissionais que são apontados como membros da CCIH.

Componentes	Fundamentação	AT (atende)	NA (não atende)
A CCIH é representada, no mínimo, por membros do serviço médico, enfermagem e administração	B/C		
Há um regimento que determina o funcionamento da CCIH	B/C		
Há dois profissionais de saúde, com nível superior, que executam ações exclusivas de prevenção e controle de IH, para cada 200 leitos, sendo que um deles é o enfermeiro	B/C		
O enfermeiro atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 6 horas por dia	B/C		
Há outro profissional, com nível superior, que atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 4 horas por dia	B/C		
A CCIH realiza reuniões periódicas com participação dos membros executivos e lideranças	B/C		
Há suporte de laboratório de microbiologia e patologia, próprio ou terceirizado	B/C		
Há espaço físico delimitado e exclusivo para as atividades diárias, arquivos, etc. da CCIH	B/C		
Há disponibilização de recursos informatizados para as atividades desenvolvidas pela CCIH	B/C		
A administração disponibiliza dados estatísticos (nº de admissões, altas, óbitos, pacientes-dia, etc.) para realização de relatórios da CCIH	B/C		

ANEXO B

2-PCDO: Indicador de Avaliação das Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de IH

Descrição: este indicador avalia a existência de diretrizes operacionais de controle e prevenção de infecção hospitalar para áreas ou serviços do hospital, nas formas de manuais, normas e procedimentos operacionais, resoluções, entre outros, elaborados ou incorporados no PCIH, que são fundamentais para balizar processos de orientação e melhoria contínua em CIH. Ressalte-se que este indicador avalia a existência (elaboração) destas diretrizes, mas não se e como elas são aplicadas. Tal avaliação é contemplada nos indicadores 3-PCVE e 4-PCCP.

Nível de evidência: C

Tipo de avaliação: estrutura

Valor ideal: 100%

Fontes de informação: documental (ideal), principalmente pela apresentação das diretrizes específicas de controle e prevenção de IH para um dado serviço, elaboradas exclusivamente ou incluídas em manuais gerais da instituição. Atas de reuniões, relatórios e/ou outros registros formais também podem constituir fonte de informação, desde que relacionem dados mínimos destas diretrizes. Em razão de características e especificidade, nem todas as instituições de saúde necessitam apresentar todos os componentes de avaliação estabelecidos nesta função, quando não possuem serviços ou não realizarem procedimentos de assistência a eles relacionados. Nesses casos, elas deverão ser consideradas como Inaplicáveis (IN).

Crterios para a avaliação: a melhor avaliação deverá qualificar não somente a existência da diretriz, mas também a qualidade de seu conteúdo. Dados mínimos que qualificam o conteúdo de tais diretrizes referem-se a: definição da diretriz; procedimentos a serem realizados; bibliografia atualizada e pertinente que fundamenta cada diretriz. Registrar como Atende (A) quando há diretriz escrita, disponível e qualificada; e Não Atende (NA) se não há diretriz escrita ou não está disponível ou não apresenta qualificação mínima.

Componentes	Fundamentação	AT (atende)	NA (não atende)
Há recomendação para avaliação e encaminhamento de acidentes com perfurocortantes e outras exposições a material biológico	B/C		
Há recomendações para descarte de resíduos de serviço de saúde	B/C		
Há recomendações para controle e prevenção de infecções respiratórias	B/C		
Há recomendações para controle e prevenção de infecções urinárias	B/C		
Há recomendações para controle e prevenção de infecções de corrente sanguínea	B/C		
Há recomendações para controle e prevenção de infecções de sítio cirúrgico	B/C		
Há recomendações para isolamentos de pacientes com doenças infectocontagiosas ou imunodeprimidos	B/C		
Há recomendação para o uso de antibióticos profiláticos para prevenção de infecção de sítio cirúrgico	B/C		
Há padronização de soluções germicidas e antissépticos.	B/C		
Há recomendação de técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos.	B/C		
Há recomendação de técnica de higienização de mãos	B/C		
Há recomendação de rotina de limpeza e desinfecção de superfícies	B/C		
Há recomendação para lavagem e higienização de roupas utilizadas na instituição	B/C		
Há recomendação de técnica para coleta de material para realização de culturas	B/C		
Há recomendação das técnicas de curativos e periodicidade de trocas dos mesmos	B/C		

ANEXO C

3- PCVE: Indicador de Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de IH

Descrição: o indicador avalia se o SCIH possui e executa um sistema de vigilância epidemiológica de IH, por meio de atividades que incluem busca e notificação de casos em pacientes internados, com utilização de metodologias específicas, elaboração de indicadores epidemiológicos de IH e de relatórios, realização de assessoria, consultoria, entre outras atividades que sejam essenciais para o trabalho em controle de IH. OBS: Embora no processo de validação de conteúdo, um especialista sugeriu a avaliação pós-alta, esta não foi incorporada, por não ser consenso em todas as fundamentações encontradas. Se esta for uma finalidade do avaliador, tal componente pode e deve ser incorporado na planilha de avaliação.

Níveis de evidência: A e C

Tipo de avaliação: Processo

Fontes de informação: documentais, como relatórios periódicos da vigilância, atas de reuniões e outras, desde que contenham as atividades sob avaliação e sua frequência (como é o caso da busca e notificação de IH).

Crterios para a avaliação: a verificao da existncia e regularidade de aes de vigilncia epidemiolgica deve analisar documentos elaborados durante um perodo de pelo menos 6 meses. A melhor avaliao de atividades de busca ativa de casos de IH, sua freqncia e tipos de pistas utilizadas para a realizao do diagnstico e o acompanhamento consentido dos profissionais executores nas visitas as unidades de internao. Considerar: Atende (AT), quando as fontes documentais exigidas esto presentes e e possvel valid-las por meio de entrevistas com profissionais envolvidos e/ ou acompanhamento das atividades em questo (evidncias); No Atende (NA) – as fontes documentais exigidas no esto presentes e/ou no ha evidncias para atender o componente sob avaliao (entrevistas com profissionais envolvidos, acompanhamento de atividades, etc.).

Componentes	Fundamentação	AT (atende)	NA (não atende)
Realiza vigilância epidemiológica (global ou por componente) com periodicidade determinada	B/C		
Realiza vigilância epidemiológica de infecção hospitalar por meio de busca ativa dos casos	B/C		
Realiza busca ativa de casos de infecção hospitalar nas unidades de maior risco (UTI, berçário, queimados, etc.)	B/C		
Monitora com periodicidade e registros regulares, resultados microbiológicos de culturas, que identificam cepas ou espécies de micro-organismos inclusive resistentes	B/C		
Há critérios pré-determinados para diagnóstico de infecção hospitalar	B/C		
Produz relatório periódico dos resultados da vigilância epidemiológica	B/C		
Os relatórios analisam e informam alterações do perfil epidemiológico (descritivos e/ou gráficos)	B/C		
Os relatórios correlacionam resultados com estratégias de controle e prevenção adotada (intervenção)	B/C		
Os relatórios são regularmente disponibilizados aos diversos setores e lideranças da instituição	B/C		
Os relatórios são regularmente disponibilizados para os órgãos públicos concernentes (gestores)	B/C		

ANEXO D

4-PCCP: Indicador de Avaliação das Atividades de Controle e Prevenção de IH

Descrição: este indicador avalia atividades de prevenção e controle de IH nos vários serviços ou setores do hospital, realizadas pelos profissionais do SCIH. Tais atividades compreendem visitas de inspeção previamente programadas, orientações e avaliações de diretrizes introduzidas, participação em reuniões dos setores, realização de consultas e esclarecimentos cotidianos por ocasião de demandas espontâneas, entre outras. Essas atividades fazem parte de ações de consultoria, que permeiam o trabalho do SCIH e permitem observações e intervenções que auxiliam na prevenção e controle de IH.

Nível de evidência: categoria C.

Tipo de avaliação: processo.

Valor ideal: 100%

Fontes de informação: documentais (ideal), como relatórios de visitas de inspeção específicos a determinado serviço ou relatório geral de atividades diárias do SCIH. OBS: como em nosso meio ainda não é comum os profissionais do controle de IH registrarem todas as suas atividades diárias, entrevistas com os prestadores do serviço podem constituir fonte de informação em uma primeira avaliação. As subsequentes deverão exigir fontes registradas.

Crterios para a avaliação: pelo menos um tipo de atividade de prevenção e controle de IH de cada componente no período de 12 meses, considerando: I – inspeção programada; D – orientação/avaliação de diretrizes introduzidas; R – participação em reuniões; C – consultorias/ orientação por demanda espontânea; O – outras atividades. Na avaliação, considerar: Atende (A) quando a atividade sob avaliação foi realizada pelos profissionais do SCIH e seus resultados são registrados em relatórios; Atende Parcialmente (AP): a atividade sob avaliação foi realizada pelos profissionais do SCIH, segundo entrevista, mas não foi registrada (1ª avaliação); Não atende (NA): atividade sob avaliação não foi realizada pelos profissionais do SCIH ou não foi registrada (avaliações subsequentes); Inaplicável (IN): a instituição não possui o setor que contempla ou incorpora a atividade de prevenção e controle de IH sob avaliação.

Componentes	Fundamentação	AT (atende)	NA (não atende)
Unidade de diálise (I - D - C - O)	B/C		
Banco de sangue (I - D - C - O)	B/C		
Laboratório de análises clínicas (I - D - C - O)	B/C		
Laboratório de anatomia patológica (I - D - C - O)	B/C		
Unidades de internação (I - D - C - O)	B/C		
Unidades de terapia intensiva (I - D - C - O)	B/C		
Berçário (I - D - C - O)	B/C		
Central de material e esterilização (I - D - C - O)	B/C		
Centro cirúrgico (I - D - C - O)	B/C		
Pronto-socorro (I - D - C - O)	B/C		
Ambulatório (I - D - C - O)	B/C		
Serviço de nutrição e dietética (I - D - C - O)	B/C		
Participa nas decisões técnicas para especificação e aquisição de produtos e correlatos	B/C		


I: Inspeção, conforme legislação específica vigente ou diretriz do hospital

D: Orientação/ avaliação para cumprimento de legislação específica vigente ou diretriz do hospital

C: Consultas/ orientação por demanda espontânea

O: Outra atividade. Qual?

ANEXO E


UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14046-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0516
www.eerp.usp.br - eerp@odu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 170/2012

Ribeirão Preto, 19 de setembro de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 19 de setembro de 2012.

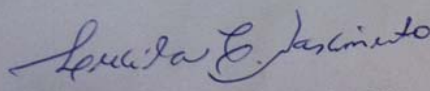
Protocolo CAAE: 02889412.2.0000.5393

Projeto: Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar em Serviços de Saúde do Município de Ribeirão Preto.

Pesquisadores: Ana Maria Laus
Mayra Gonçalves Meneguetti

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,



Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Ana Maria Laus
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP