UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PRYSCILLA LADISLAU CARNEIRO SANTOS

PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PEQUENOS HOSPITAIS: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

SÃO PAULO
2016

PRYSCILLA LADISLAU CARNEIRO SANTOS

PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PEQUENOS HOSPITAIS: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora: Prof.ª Dra. Rúbia Aparecida Lacerda

SÃO PAULO
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO OU PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Pryscilla Ladislau Carneiro
Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Pequenos Hospitais: diagnóstico de situação / Pryscilla Ladislau Carneiro Santos – São Paulo, 2016. 162 p.

Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Rúbia Aparecida Lacerda.

Área de Concentração: Saúde do Adulto

1. Controle de infecções. 2. Infecção hospitalar. 3. Assistência à saúde. I. Título

Nome: Pryscilla Ladislau Carneiro Santos

Título: Programas de Controle e Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Pequenos Hospitais: diagnóstico de situação.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/_____/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que me ajudaram durante minha trajetória de vida...

Que me fizeram enxergar e encarar a realidade, sempre buscar e lutar pelos meus objetivos;

Que acreditaram em meu potencial abrindo caminhos para que eu conseguisse chegar aonde cheguei;

Que me fizeram perceber que mesmo dos acontecimentos ruins, devemos saber obter proveitos e lições para a vida;

Que me apoiaram nos momentos mais difíceis, não apenas com palavras consoladoras e com um ombro amigo, mas também, de maneira rude, me ensinando que a vida e as pessoas não são sempre o que nós gostaríamos que elas fossem;

A todos os pacientes e profissionais que cruzaram o meu caminho e me deram a oportunidade de aprender um pouquinho mais;

A todos os meus professores que tentaram dividir um pouco de todo o seu conhecimento;

Enfim, a todas as pessoas que um dia cruzaram a minha vida;

E assim...

Colaboraram para fazer de mim, o que eu sou hoje.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof.ª Dra. Rúbia Aparecida Lacerda por todas as críticas, que com seu conhecimento, dedicação, incentivo e competência contribuiu essencialmente para o desenvolvimento deste estudo. As críticas devem ser muito bem-vindas, pois nos fazem melhorar sempre!

Ao Dr. Crésio Pereira que embora tenha me proporcionado poucos momentos de convivência, foram eles fundamentais para meu desenvolvimento intelecto e crítico através da busca contínua pelo conhecimento. Destino a ele, meu muito obrigado, por dividir um pouquinho que seja de todo o seu conhecimento.

À professora Maria Clara Padoveze, que me estendeu a mão, repartindo conhecimento e incentivo durante esta trajetória. Foi responsável por me fazer enxergar a luz no fim do túnel e um horizonte de vertentes e conhecimento...

Aos meus pais e minha avó, Elizabeth, Luiz Antônio e Dirce, pelo sempre presente apoio, confiança e ensinamentos. Eles são minha base, assim como a de um prédio é o alicerce.

Ao meu esposo, Felippe, que soube compreender, apoiar e incentivar-me, abdicando de minha presença ao seu lado durante todo o período de ausências necessários aos estudos.

A todos os profissionais que se envolveram com o estudo e abriram portas para a concretização dessa pesquisa junto às instituições de saúde.

À minha prima, Camila, e minha mãe, Elizabeth, pelo auxílio nas revisões.

A todos os meus colegas de trabalho, em especial a Barbara e a Suelen, e minha gerente de enfermagem, Mara, pelo apoio constante e pela viabilidade no remanejo das escalas de trabalho para minha dedicação à pesquisa.

E por fim, agradeço a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização desse estudo.

“Ninguém ignora tudo.
Ninguém sabe tudo.
Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa.
Por isso, aprendemos sempre. ”

(Paulo Freire)

Santos PLC. Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Pequenos Hospitais: diagnóstico de situação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A assistência à saúde é desafiada por eventos adversos evitáveis e mais da metade destes corresponde a Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), com expressivas taxas de morbimortalidade e altos custos hospitalares. No entanto, não há investimentos em avaliação e reconhecimento da qualidade dos Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS). **Objetivo**: Realizar um diagnóstico de situação da estrutura e atuação dos PCIRAS em hospitais de pequeno porte, tendo como hipótese a conformidade mínima de 70%. **Método**: Estudo transversal, prospectivo e de avaliação processual no qual foram entrevistadas enfermeiras que atuam nos PCIRAS de catorze hospitais, de um total de 27, com até setenta leitos, adscritos no Departamento Regional de Saúde XVII, Estado de São Paulo, no período de 2015 a 2016. A avaliação aplicou quatro indicadores previamente validados: Estrutura Técnico-Operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCET), Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCDO), Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar (PCVE) e Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCCP). **Resultados**: O índice de conformidade geral dos indicadores foi de 69%, dispersão (dp) de (12,3), com valores médios de 61% (20,3 dp) para PCET, 85% (18,7 dp) para PCDO, 58% (39,5 dp) para PCVE e 75% (24,1 dp) para PCCP. O desempenho geral ficou pouco abaixo do esperado (70%) em decorrência dos indicadores PCET e PCVE. As instituições privadas apresentaram maiores índices de conformidade, bem como as que possuíam Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Apesar, dos hospitais possuírem enfermeiros designados para PCIRAS (92,9%), somente em 23,1% das instituições privadas eles atuavam com dedicação exclusiva de seis horas. Foi observada relevância estatisticamente significativa para correlação entre os indicadores e as seguintes variáveis: presença de UTI (PCET e PCVE), representação do SCIH (PCDO) e carga horária diária do enfermeiro (PCET). Ao contrário, não foi observada relevância estatística para: presença de acreditação e carga horária do segundo profissional do SCIH. **Conclusões**: diante do exposto, os hospitais de pequeno porte apresentam dificuldades para instituir PCIRAS nos moldes preconizados pela legislação (Portaria

n. 2.616/1998). Faz-se necessário o estabelecimento de recomendações e políticas públicas viáveis e que permitam um programa efetivo de prevenção de infecções nestas instituições.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção hospitalar. Controle de infecção. Indicadores de serviços de saúde.

Santos PLC. Prevention and Control Programs of Healthcare-Associated Infections in Small Hospitals: diagnosis of situation [thesis]. São Paulo: Nursing School, University of Sao Paulo, 2016.

ABSTRACT

Introduction: Healthcare is challenged by preventable adverse events and more than half of these events are Healthcare-Associated Infections (HAI), with significant morbidity and mortality rates and high hospital costs. However, there is no investment in the assessment and recognition of the quality of the Prevention and Control Programs Related to Healthcare-Associated Infections. **Purpose:** Provide a diagnosis of the situation of the structure and performance of Programs of HAI in small-sized hospitals, with the hypothesis of a minimal compliance of 70%. **Method**: Cross-sectional, prospective and process evaluation study presenting interviews with nurses working in Programs of HAI of 14 hospitals, out of a total of 27, with up to 70 beds, ascribed in the Regional Health Department XVII of the state of Sao Paulo, in the period from 2015 to 2016. The evaluation applied four previously validated indicators: Technical-Operational Structure of the Hospital-Acquired Infection Control Program (PCET), Operational Guidelines for the Control and Prevention of Hospital-Acquired Infections (PCDO), Hospital-Acquired Infection Epidemiological Surveillance System (PCVE) and Activities of Infection Control and Prevention (PCCP). **Results:** The overall compliance rate of the indicators was 69%, dispersion (dp) of (12.3), with average values of 61% (20.3 dp) for PCET, 85% (18.7 dp) for PCDO, 58 % (39.5 dp) for PCVE and 75% (24.1 dp) for PCCP. The overall performance was slightly lower than expected (70%) as a result of PCET and PCVE indicators. Private institutions had higher rates of compliance, as well as those having an Intensive Care Unit (ICU). Though the hospitals have nurses assigned to PCIRAS (92.9%), they worked in an exclusive six hours' system only in 23.1% of the private institutions. A statistically significant relevance was observed for correlation between the indicators and the following variables: presence of ICU (PCET and PCVE), representation of the SCIH (PCDO) and daily workload of nurses (PCET). On the contrary, there was no statistical significance for: presence of accreditation and workload of the second professional of the SCIH. **Conclusions**: considering the above, the small hospitals find it difficult to use PCIRAS along the lines recommended by law (Ordinance no. 2,616/1998). It is necessary to establish recommendations and viable public policies, as well as providing an effective program to prevent infections in these institutions.

KEYWORDS: Hospital-acquired infection. Infection control. Indicators of health services.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Serviços representantes nas CCIH dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 64

Gráfico 2 – Enfermeiros representantes das CCIH segundo sua participação em outras comissões técnicas, nos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 65

Gráfico 3 – Indicadores de topografia empregados pelas CCIH para registro de ocorrência de IRAS conforme sua utilização, nos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 68

Gráfico 4 – Indicadores de procedimentos empregados pelas CCIH para registro de ocorrência de IRAS conforme sua utilização, dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 68

Gráfico 5 – Principais temáticas desenvolvidas pelo SCIH na realização de capacitações aos profissionais de pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 75

Gráfico 6 – Desempenho individual dos PCIRAS dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 80

LISTA DE MAPA

Mapa 1 – Região do DRS XVII (Taubaté) 51

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Distribuição dos hospitais de pequeno porte do DRS XVII de Taubaté/SP, segundo capacidade de leitos e características assistenciais. São Paulo, 2015. 52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Capacidade de leitos, entidade mantenedora e serviços especializados da amostra total de acesso dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 62

Tabela 2 – Regiões geográficas e tipo de assistência da amostra total de acesso dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 63

Tabela 3 – Recursos existentes para melhoria da qualidade dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 63

Tabela 4 – Natureza do serviço das CCIH dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 64

Tabela 5 – Estatística descritiva das características relacionadas ao Centro Cirúrgico/CCIH e ano de implementação da CCIH, nos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 66

Tabela 6 – Indicadores epidemiológicos e outros indicadores empregados pelas CCIH para registro de ocorrência de IRAS, dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 67

Tabela 7 – SCIH segundo profissionais integrantes e especialidade do profissional médico, dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 69

Tabela 8 – Profissionais membros do SCIH segundo vínculo institucional e categoria profissional, dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 70

Tabela 9 – Carga horária exclusiva dos profissionais do SCIH segundo atividade mantenedora dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 70

Tabela 10 – Profissionais do SCIH segundo tempo de atuação em controle e prevenção de IRAS, dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 71

Tabela 11 – SCIH segundo a capacitação dos seus enfermeiros em controle e prevenção de IRAS, dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 72

Tabela 12 – SCIH segundo aspectos que favorecem e dificultam a atuação dos seus membros executores, nos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 73

Tabela 13 – SCIH segundo realização de capacitações dos profissionais às admissões nos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 74

Tabela 14 – Conformidade dos indicadores de avaliação dos PCIRAS segundo estatística descritiva, nos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 76

Tabela 15 – Conformidades dos componentes do indicador PCET-Estrutura técnico-operacional do PCIRAS em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 76

Tabela 16 – Conformidades dos componentes do indicador PCDO-Diretrizes operacionais de controle e prevenção de IRAS, aplicados em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 77

Tabela 17 – Conformidades dos componentes do indicador 3-PCVE-Sistema de vigilância epidemiológica de IRAS, aplicados em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 78

Tabela 18 – Conformidades dos componentes do indicador PCCP-Atividades de controle e prevenção de IRAS, aplicados em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 79

Tabela 19 – Estatísticas descritivas das conformidades dos indicadores dos PCIRAS segundo entidade mantenedora, dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 81

Tabela 20 – Estatísticas descritivas das conformidades dos indicadores dos PCIRAS segundo presença de UTI. em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté 2015-2016. 82

Tabela 21 – Intervalos das conformidades dos indicadores dos PCIRAS segundo presença de acreditação/certificação, em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 82

Tabela 22 – Intervalos das conformidades dos indicadores dos PCIRAS segundo representação do SCIH, em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 83

Tabela 23 – Intervalos das conformidades dos indicadores dos PCIRAS segundo carga horária diária do enfermeiro do SCIH, em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 84

Tabela 24 – Intervalos das conformidades dos indicadores dos PCIRAS segundo carga horária diária do outro profissional do SCIH, além do enfermeiro, em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016. 85

LISTA DE ABREVIATURAS

nº	número
d.C.	depois de Cristo

LISTA DE SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABIH	Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecção Hospitalar
AMECIH	Associação Mineira de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APECIH	Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CME	Central de Material e Esterilização
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
FESP	Federação das Unimeds do Estado de São Paulo
GIPEA	Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e outros Eventos Adversos
GVE	Grupo Regional de Vigilância Epidemiológica
HICPAC	Healthcare Infections Control Practices Advisory Committee
IH	Infecção Hospitalar
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
JCI	Joint Commission International
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NNIS	National Nosocomial Infection Study
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar

PCIRAS	Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
PGRSS	Plano Gerencial de Resíduos dos Serviços de Saúde
PICC	Cateter Venoso Central de Inserção Periférica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços em Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SADT	Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SENIC	Study on Efficacy of Nosocomial Infection Control
SHEA	Society for Healthcare Epidemiology of America
SINAIS	Sistema de Informações para Controle de Infeção em Serviços de Saúde
SIPAC	Serviços Integrados de Patologia e Citologia
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 23

2 REVISÃO DA LITERATURA 29

2.1 CONTROLE E PREVENÇÃO DE IRAS 30

2.1.1 Controle e prevençao de IRAS na Inglaterra 32

2.1.2 Controle e prevençao de IRAS nos Estados Unidos 34

2.1.3 Controle e prevençao de IRAS no Brasil 37

2.2 HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NO BRASIL 42

2.2.1 Conceitos e características 42

2.2.2 Representatividade dos hospitais de pequeno porte no Brasil ... 44

3 OBJETIVOS 47

3.1 OBJETIVO PRINCIPAL 48

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS 48

4 MATERIAL E MÉTODO 49

4.1. TIPO DE INVESTIGAÇÃO 50

4.2 CENÁRIO E POPULAÇÃO DO ESTUDO 50

4.3 AMOSTRA 53

4.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS 54

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS 54

4.6 ASPECTOS ÉTICOS 55

4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS 56

4.7.1 Contatos telefônicos 56

4.7.2 Envio dos instrumentos de coleta de dados por endereço eletrônico 56

4.7.3 Coleta de dados 57

4.7.4 Pré-teste 57

4.8 VARIÁVEIS INDEPENDENTES 57

4.9 ANÁLISE DE DADOS 58

5 RESULTADOS 60

5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DA AMOSTRA DE ACESSO 61

5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS CCIH 64

5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SCIH 69

5.4 CONFORMIDADES DOS PCIRAS 75

5.5 ASSOCIAÇÃO DE CONFORMIDADES DOS PCIRAS 80

5.5.1 Pequenos hospitais públicos e privados 80

5.5.2 Pequenos hospitais com e sem UTI 81

5.5.3 Hospitais com e sem acreditação/Certificação 82

5.5.4 Representação do SCIH 83

5.5.5 Carga horária diária do enfermeiro 84

5.5.6 Carga horária diária do segundo profissional do SCIH 84

6 DISCUSSÃO 86

6.1 DO PROCESSO DE DEFINIÇÃO DA AMOSTRA DOS HOSPITAIS 88

6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DA AMOSTRA DE ACESSO 89

6.3 CCIH 93

6.4 SCIH 96

6.5 CONFORMIDADES DOS PCIRAS 102

6.6 ASSOCIAÇÃO DE CONFORMIDADES DOS PCIRAS 109

6.7 PERSPECTIVAS FUTURAS PARA OS PEQUENOS HOSPITAIS NO BRASIL 111

7 CONCLUSÃO 115

REFERÊNCIAS 119

APÊNDICES 127

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS HOSPITAIS/PCIRAS 128

APÊNDICE B – MANUAL OPERACIONAL 132

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 143

APÊNDICE D – E-MAIL DE PRIMEIRO CONTATO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA 144

APÊNDICE E – CARTA DE APRESENTAÇÃO À COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR 145

ANEXOS 146

ANEXO 1 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO: INDICADORES 147

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 159

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde é constantemente desafiada por eventos adversos. Dentre os mais frequentes encontra-se a infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS), morbidade que constitui grave problema de saúde pública mundial, aumentando a mortalidade e elevando os custos hospitalares (BRASIL, 2006; KOHN et al., 2000). Desse modo, a IRAS representa uma preocupação não somente dos órgãos de saúde competentes, como também um problema de ordem social, ético e jurídico frente às implicações e aos riscos a que os usuários são expostos (SOUSA, 2007).

As IRAS são reconhecidas como a principal causa de iatrogenia do usuário hospitalizado submetido a intervenções curativas. Isso representa um paradoxo conceitual: uma doença é gerada ao buscar a cura de outra (LACERDA; JOUCLAS; EGRY, 1996).

Pesquisas publicadas mundialmente mostram que 5 a 10% dos usuários hospitalizados apresentam pelo menos um episódio de IRAS durante sua internação, sendo que em países em desenvolvimento esse índice chega a exceder 25% (LILI et al., 2003; NAVARRETE-NAVARRO; RANGEL-FRAUSTO, 1999; STEVENSON et al., 2004). Outros autores consideram que essa infecção representa a quarta causa geral de mortalidade em pacientes internados, provocando graves repercussões econômicas e sociais e acrescentando, em média, 5 a 10 dias ao período de internação, (BRASIL, 2004a; OLIVEIRA; BRANCHINI, 1999).

Contudo, de acordo com Azevedo (2008), no Brasil, os dados sobre as IRAS ainda são pouco divulgados, sejam pelas diferentes maneiras de investigar e diagnosticar tais eventos, sejam pelos mesmos não estarem consolidados por muitos hospitais, o que dificulta a elaboração de um diagnóstico que retrate a real dimensão da problemática no país.

A qualidade da assistência à saúde está fortemente relacionada com a ocorrência de IRAS. Embora não seja possível eliminar essa ocorrência em razão de sua relação com os procedimentos clínicos, predominantemente invasivos, o avanço no conhecimento de suas causas e o desenvolvimento de tecnologias assistenciais fornecem condições que podem resultar no seu maior controle e prevenção, principalmente por meio da elaboração de manuais de recomendações ou *guidelines*, cientificamente fundamentados.

A existência de Programas de Controle e Prevenção de IRAS (PCIRAS) nos hospitais tem sido fundamental para introduzir e acompanhar a efetividade dessas recomendações, e segundo Morton (2008), a vigilância epidemiológica, enquanto uma de suas estratégias operacionais, constitui ação fundamental.

O PCIRAS é obrigatório em todos os hospitais do Brasil, por legislações governamentais: a Lei n. 9431, de 06 de janeiro de 1997 e a Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1997; BRASIL, 1998).

O objetivo principal de um PCIRAS é aprimorar a eficiência e efetividade das ações de prevenção e controle dessas infecções, diminuindo sua ocorrência e os custos, evitando, assim, gastos desnecessários da instituição prestadora de serviço, mas, sobretudo, contribuindo para elevar a qualidade da assistência à saúde (NAVARRETE-NAVARRO; RANGEL-FRAUSTO, 1999).

Ainda que seja praticamente unânime a importância desses programas, sabe-se que em muitos hospitais eles são praticamente inexistentes ou não atuam em conformidade com todas as orientações governamentais, principalmente por não disporem de pessoal especializado e infraestrutura material para sua implantação e implementação. Por vezes, a coleta de dados e a análise dos resultados dessas infecções constituem ações “fictícias”, não refletindo em efeito algum na qualidade da assistência (OLIVEIRA; BRANCHINI, 1999).

Em consequência e a despeito da relevância desse processo de trabalho por medidas governamentais e administrativas, a incorporação de ações para a prevenção e controle de IRAS pelo sistema de saúde brasileiro não é uma realidade totalmente conhecida, além de existirem poucos estudos nacionais de impacto global. A maioria dos hospitais brasileiros e dos gestores públicos de saúde enfrenta dificuldades para implementar atividades de prevenção e controle de IRAS, apesar da “obrigatoriedade” de manterem PCIRAS (SANTOS, 2006).

De outro modo, ainda não é possível estabelecer uma correlação direta entre ações de prevenção e controle e índices aceitáveis de ocorrência de IRAS, seja geral, sejam por sítios ou procedimentos.

O ideal seria que os índices ou taxas de IRAS fossem devidamente ajustados ao risco intrínseco dos usuários para serem interpretados, o que significa considerar as diferenças das subpopulações de usuários que levam a inerentes riscos basais. Até o momento, muitos grupos, inclusive os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention* – CDC) e a Sociedade de Saúde

Epidemiológica da América (*Society for Healthcare Epidemiology of America* – SHEA), concluíram que a utilização dos índices gerais de infecção nos hospitais é inadequada, devido à dificuldade de ajuste do risco efetivo a esses índices (HARRIS; MCGREGOR, 2008).

Ante a dificuldade de qualificar ações de controle e prevenção de IRAS somente pelo estabelecimento e comparação de índices de suas ocorrências, ou seja, por meio de indicadores de resultados, várias demandas surgiram nos últimos anos no sentido de também qualificar tais ações por meio de indicadores processuais, ou seja, avaliando como ocorrem tais ações (BRASIL, 2006). Contudo, o descaso relacionado ao controle e prevenção de IRAS por parte dos administradores ainda é grande, especialmente em municípios pequenos. A prioridade permanece centrada na assistência curativa, e a inter-relação, envolvendo prevenção, qualidade e segurança, segue não completamente vinculada à prática da equipe multiprofissional (FONTANA; LAUTERT, 2006).

Autores acreditam que a maioria das instituições vê os PCIRAS como uma atividade burocrática, e poucos gestores de saúde se encontram seriamente envolvidos com essa problemática. No entanto, o aumento do tempo de permanência de internação, acrescido do consumo de antimicrobianos mais caros e poderosos, repercutindo na crescente explosão dos custos com os cuidados de saúde, têm levado a um olhar diferenciado para o controle e prevenção de IRAS no Brasil e no mundo (OLIVEIRA; BRANCHINI, 1999). Somam-se, ainda, os custos intangíveis e difíceis de serem avaliados objetivamente, como os distúrbios provocados pela dor, o mal-estar, o isolamento e todo o sofrimento experimentado pelo usuário (SILVA, 2003).

Diante desse panorama questiona-se a situação específica das práticas de controle e prevenção de IRAS nos pequenos hospitais, favorecendo a hipótese de que, se essa realidade ainda é problemática nos hospitais maiores, em geral, por hipótese, ela é ainda mais crítica junto aos pequenos hospitais.

Os PCIRAS também são obrigatórios nos pequenos hospitais, conforme a Lei n. 9431/97 (BRASIL, 1997), e a Portaria n. 2.616/98 contemplou tratamento específico a hospitais de pequeno porte, possibilitando que se consorciem e possam formar um mesmo PCIRAS (BRASIL, 1998), no sentido de otimizar recursos humanos e materiais. Contudo, foi mantido o mesmo processo de trabalho dos demais hospitais, pautado em ações de vigilância epidemiológica voltadas predominantemente à elaboração de taxas dessas ocorrências, ou seja, indicadores de resultado. Tal

atividade, além de exigir pessoal qualificado, ocupa grande parte do tempo de trabalho, prejudicando outras ações que poderiam qualificar as próprias práticas de controle e prevenção de IRAS.

Pequenos hospitais provavelmente são limitados em termos de recursos humanos especializados, recursos financeiros e estrutura para poder atender todas as ações do PCIRAS, conforme referidas pela Portaria 2616/98, em detrimento de outras estratégias que qualifiquem sua assistência. Nesses hospitais, o controle e a prevenção de IRAS podem não estar direcionados ao que realmente é representativo e que poderia propiciar melhorias no atendimento prestado e, com isso, repercutir na redução dessa ocorrência, assim como de custos com internação, antibioticoterapia e salvar vidas.

Como exemplo, apesar da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) solicitar vigilância de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas e cesáreas também nos pequenos hospitais, tal ação ocupa grande parte de um tempo que poderia ser empregado em práticas para melhorias da assistência. Embora tal solicitação possa ser impactante para hospitais maiores, tendo em vista o volume e complexidade dos procedimentos cirúrgicos, ela pode representar meros cálculos de difícil interpretação e pouco significativos para o pequeno hospital.

O pequeno volume de procedimentos cirúrgicos limpos realizados nos pequenos hospitais pode produzir distorção nos índices infecciosos quando calculados isoladamente e em curtos espaços de tempo. Acrescida a esse problema, há a falta de análise comparativa de todo esse trabalho cobrado mensalmente pela SES/SP, por exemplo, ao não alcançar 250 cirurgias ao ano por especialidade, sendo instáveis e sujeitos tanto a erros falso-positivos (falsos índices altos) como falso-negativos (falsos índices baixos). Tampouco consegue o pequeno hospital implantar melhorias neste âmbito, pois elas dependem da multidisciplinariedade envolvida, na maioria das vezes inatingível com base em dados pouco estáveis estatisticamente.

No Brasil, nos últimos anos, os eventos científicos de maior abrangência e as sociedades especializadas na área vêm demandando novas ações para os PCIRAS. Além de qualificação dos profissionais da saúde, tais ações dizem respeito ao fortalecimento da atuação junto à vigilância de dados processuais de práticas assistenciais relacionados com a prevenção de IRAS, e não apenas na vigilância de taxas de ocorrência de IRAS (BRASIL, 2006). De outro modo, associar tais práticas

ao movimento mais geral e mais recente de Segurança do Paciente poderia favorecer a atuação dos PCIRAS nos hospitais de pequeno porte.

Diante do exposto, urge definir as reais dificuldades e prioridades dos PCIRAS para os pequenos hospitais, desenvolvendo ações mais efetivas e indicadores processuais relevantes e representativos para essas instituições, considerando seu tamanho, complexidade e perfis administrativos. Há de se enfatizar um modelo de prevenção e controle de IRAS por meio de uma revisão baseada nas dificuldades encontradas, com flexibilidade de indicadores reais e pertinentes aos pequenos hospitais.

Em tese, a junção do Programa Nacional de Segurança do Paciente e do PCIRAS em um único serviço, em especial para os pequenos e médios serviços hospitalares, otimizaria o uso de recurso e a assistência, tendo em vista sua importante correlação e a carência de recursos de escala.

Os pequenos hospitais são pouco estudados e explorados em termos descritivos, havendo no país poucas publicações sobre a qualidade da assistência à saúde nessas instituições, que de acordo com algumas características diferem das demais existentes no exterior. Diante de todo o exposto, este estudo tem a finalidade de identificar a estruturação e as ações dos PCIRAS junto a hospitais de pequeno porte, assim como reconhecer suas dificuldades e prioridades vivenciadas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONTROLE E PREVENÇÃO DE IRAS

Segundo definição do Ministério da Saúde do Brasil a infecção hospitalar pode ser definida como qualquer infecção adquirida após a internação do usuário, manifestada durante a própria internação ou mesmo após a alta hospitalar, podendo estar relacionada à internação e/ou aos procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998). Tendo em vista a expansão da assistência à saúde para além do âmbito hospitalar, o termo infecção hospitalar teve sua contextualização ampliada, abrangendo os mais variados níveis de cuidados com a saúde, e passou a se denominar Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

O início da história de ocorrência das IRAS, incluindo o seu conceito e práticas de prevenção e controle, provém de uma relação intrínseca com a história da própria atenção à saúde. A dinâmica da aquisição de IRAS tem evoluído desde a criação dos primeiros hospitais na Idade Média (SMITH; WATKINS; HEWLETT, 2012).

As IRAS existem desde 325 d.C., quando os bispos no Concílio de Niceia foram instruídos a construir os hospitais ao lado das catedrais. Nesse contexto, doenças infecciosas disseminavam-se rapidamente nos hospitais e usuários admitidos com determinada doença morriam em decorrência de outra (GOMES, 2004).

Os primeiros hospitais europeus eram de cunho religioso e, durante a Idade Média proviam cuidados de saúde e insanidade mental. Nessa época, as pessoas preferiam serem cuidadas em suas casas a hospitais. Os hospitais, em geral, eram pequenos, localizados do lado de fora dos muros das cidades e possuíam grandes cemitérios (SMITH; WATKINS; HEWLETT, 2012).

As características de manifestações, os fatores de risco e a causalidade das IRAS foram transformando-se com a evolução do processo saúde-doença na sociedade ocidental, acelerado pelo desenvolvimento econômico que teve início junto à Revolução Industrial ao final do século XIX e acentuado após a Segunda Guerra Mundial, culminando em mudanças na distribuição das infecções relacionadas à assistência (LACERDA; EGRY, 1997; SANTOS, 2006).

A questão das IRAS passou a ser focalizada pelos profissionais da saúde na primeira metade do século XIX, quando o médico Ignaz Philipp Semmelweis, em 1847,

preconizou a lavagem das mãos com água clorada para todo examinador antes de tocar a parturiente. Com essa simples medida, o médico contribuiu para reduzir o índice de mortalidade materna por febre puerperal de 12,2% para 3%. Posteriormente, em 1856, a enfermeira Florence Nightingale também padronizou procedimentos de enfermagem, enfatizando questões de higiene e limpeza (MARTINS, 1998).

O reconhecimento internacional da infecção “moderna”, endógena e multirresistente, teve início em 1940, em meio a uma pandemia de *Staphylococcus aureus.* Tal período coincidiu com o pós-guerra e o desenvolvimento tecnológico médico-hospitalar, favorecendo a evolução de um modelo clínico eminentemente invasivo. E quando pensavam ter superado a problemática das infecções com o surgimento da penicilina e que as intervenções invasivas não teriam limites, surgiu a piora da qualidade da assistência, atrelada à multirresistência bacteriana (LACERDA, 2002).

Em 2002, nos Estados Unidos da América (EUA), as complicações relacionadas às IRAS foram responsáveis por aproximadamente 99 mil mortes, das quais 20% poderiam ser prevenidas (HARBARTH; SAX; GASTMEIER, 2003; KLEVENS et al., 2007; KREIN et al., 2011).

À época, essa situação afetava cerca de 2 milhões de pacientes nos EUA, e possuía custo estimado de 4,5 a 5,7 bilhões de dólares. Sem detecção precoce e tratamento adequado, outros usuários e profissionais da saúde podem ser infectados. Apesar da magnitude dessa problemática, estudos recentes têm demonstrado que as atividades de prevenção e controle de IRAS podem reduzir significativamente esses índices (JARVIS, 2001; STONE; LARSON; KAWAR, 2002; WEINSTEIN, 1998). Assim, o reconhecimento precoce de surtos e tomadas de ações adequadas requerem vigilância epidemiológica ativa nos hospitais e nos níveis sub-hospitalares (LILI, 2003).

De acordo com o WHO (2008), de 1 a 30% dos usuários adquirem uma ou mais IRAS durante sua hospitalização, com uma média em torno de 10%. Calculou-se que em 1985, as IRAS prolongavam a permanência institucional em, pelo menos, quatro dias e geravam custos adicionais médios de US$ 1.800,00 (HALEY et al., 1985a). Atualmente, ainda há uma lacuna de conhecimento a despeito dos custos sociais das IRAS, no entanto, os encargos financeiros totais relacionados às IRAS nos Estados Unidos estimaram um gasto de US$ 4,5 bilhões no ano de 1992 e US$ 5,7 bilhões em 2001 (CDC, 1992; STONE; LARSON; KAWAR, 2002).

Desde o início dos anos 1980 a qualidade da atenção médica nos EUA constitui preocupação crescente para os setores públicos usuário e médico, devido à implementação de um sistema prospectivo de melhorias na qualidade da assistência e de otimização dos recursos financeiros. Isso gerou grande entusiasmo na prevenção e controle de IRAS e fez com que o modelo do CDC para a avaliação dos fatores de risco associados às IRAS seja aprimorado e atualizado frequentemente (OLIVEIRA; BRANCHINI, 1999; WENZEL, 1998).

Segundo Hoefel (2012), a tendência mundial de Segurança do Paciente iniciado em 2000, com a publicação da obra “Errar é humano”, do Instituto de Medicina da Academia Norte-Americana de Ciências está atrelada a prevenção de infecções relacionadas à assistência e deu origem as primeiras medidas indicadas pela *Joint Commission International* (JCI), agência norte-americana para acreditação de serviços de saúde, que ocupa um lugar de destaque, junto aos PCIRAS das maiores instituições brasileiras. A tendência mundial é proporcionar segurança com os programas de acreditação, e os PCIRAS, seguem vinculados a esses conceitos.

Na década de 1980, as publicações sugeridas pela JCI já focavam a prevenção e o controle de IRAS. Hoje, esses programas de avaliação internacional são amplos e atraem administradores que necessitam gerir recursos de maneira segura. Segundo a autora, esse pode ser o caminho a ser seguido pelos controladores de IRAS, pois a JCI possui uma publicação específica sobre prevenção e controle de IRAS, o que é ideal para retomar as bases do ensino da segurança atrelado a interesses administrativos gerais, financeiros e técnicos (HOEFEL, 2012).

No âmbito hospitalar, os sistemas de vigilância epidemiológica das IRAS foram desenvolvidos há, pelo menos, três décadas em diversas regiões do mundo, havendo uma dupla realidade, países que foram desenvolvendo-se e aprimorando-se ao longo dos anos em busca por melhorias na qualidade e países que não apresentam sequer infraestrutura mínima a fim de garantir higiene básica durante a prestação de cuidados (NOGUEIRA JUNIOR et al., 2014).

2.1.1 Controle e prevenção de IRAS na Inglaterra

Segundo Santos (2006), a Inglaterra foi pioneira na organização das ações de prevenção e controle de IRAS, tendo início com a contribuição inovadora de Florence Nightingale junto à administração de hospitais ingleses do século XIX, onde foram

realizadas intervenções que visaram desde a redução de óbitos de soldados por infecções em feridas até ações normativas visando a organização interna para a redução de IRAS.

Foi Florence Nightingale a primeira enfermeira a implantar o modelo de melhoria contínua visando a qualidade em saúde sob embasamento estatístico. No hospital de Scutari, na Criméia, os resultados de suas intervenções, baseadas em rígidos padrões sanitários e de cuidados de enfermagem, originaram um significativo declínio nas taxas de mortalidade, que decaíram de 40% para 2% (AZEVEDO, 2008).

O Conselho de Pesquisa Médica do Reino Unido produziu um memorando sobre feridas em 1941. E este mesmo Conselho recomendou aos hospitais que indicassem em tempo integral um profissional para supervisionar o PCIRAS intra-hospitalares (MEERS, 1980).

Em 1944, em meio a uma pandemia de infecções por *Staphilococcus aureus*, o Conselho de Pesquisa Médica do Reino Unido recomendou a todos os hospitais que estruturassem um comitê com representantes médicos, enfermeiros, profissionais de laboratório e administrativo para investigar e desenvolver medidas de prevenção e controle de IRAS. Contudo, diante da persistência dessa pandemia pela década seguinte, o Subcomitê do Conselho Central de Serviços de Saúde estabeleceu que fosse designado um responsável pelo PCIRAS, o que foi largamente recomendado (MEERS, 1980).

Inicialmente, julgava-se que 15 a 30 minutos de trabalho diários seriam suficientes para garantir segurança. No entanto, sete anos de estudos pilotos em alguns hospitais do Sudoeste da Inglaterra, sugeriram maior tempo empregado para esta finalidade, sendo preferencial um profissional com dedicação de tempo integral para o PCIRAS (GARDNER, 1962).

E então, o perfil do profissional controlador de IRAS começou a ser delineado, ele deveria ter conhecimento em microbiologia, epidemiologia, história natural e sobre o tratamento de doenças infecciosas relacionadas aos hospitais. Também deveria conhecer as estruturas física e administrativa hospitalar e ter facilidade para comunicar-se em todos os níveis (MEERS, 1980). Na Inglaterra, o perfil do profissional que mais se enquadrava nestas características, era o do microbiologista clínico, porém, diante do grande volume de trabalho na vigência do contexto, levou um hospital a utilizar os serviços de uma enfermeira ou "*infection control sister*", em tempo integral, que era responsável por ser um elo importante entre todos os envolvidos na

prevenção e controle de IRAS e atuar como assistente do microbiologista. A experiência benéfica e de sucesso foi divulgada largamente pelo próprio Ministério da Saúde e aderida por vários hospitais na época (GARDNER, 1962).

Em decorrência da experiência britânica relatada, os PCIRAS no Reino Unido são coordenados, nos dias atuais, pelos microbiologistas clínicos com treinamento em identificação de agentes infecciosos, e em diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas. Os enfermeiros que, no geral, compõem dois terços da equipe dos PCIRAS de hospitais ingleses recebem treinamento em microbiologia médica. As atividades exercidas tendem a se concentrarem principalmente no usuário de maneira individualizada, atuando na prevenção e controle de IRAS, em atividades de desinfecção, esterilização, desenvolvimento de recomendações para o uso de antimicrobianos com foco na resistência antimicrobiana e no controle de surtos conforme a ocorrência (BARRETT, 2002).

2.1.2 Controle e prevenção de IRAS nos Estados Unidos

Na década de 1950, nos Estados Unidos, foram iniciadas algumas ações isoladas de controle de IRAS na tentativa de combater a alarmante epidemia de infecções por *Staphylococcus aureus* (COUTO; PEDROSA; NOGUEIRA, 1999).

Após a ocorrência de um caso grave com consequência judicial, que responsabilizou não somente o profissional, como também, a instituição hospitalar pela ocorrência de IRAS é que os Estados Unidos deram início à implantação formal de programas específicos para o controle e prevenção de IRAS. Tal fato deve-se ao caso no qual um jovem que teve sua perna fraturada durante uma partida de futebol, foi ao hospital e a imobilizou, evoluindo com fortes dores e odor, recebendo alta após. Com a piora do quadro, o jovem procurou outro serviço hospitalar, onde teve sua perna amputada por necrose e infecção secundária. Após o ocorrido, foi instaurada a reponsabilidade corporativa e os hospitais não poderiam permitir que indivíduos violassem normas para a segurança do usuário; deveriam assegurar que os profissionais detectariam e notificariam possíveis riscos ao usuário visando permitir uma ação institucional; e supervisionaria as ações das equipes médicas independentes (FERNANDES, 2000).

Ainda em resposta à pandemia por *Staphylococcus aureus* e fortificada pela nova realidade legal, a Associação Americana de Hospitais (American Hospital

Association) recomendou, no início de 1960, ações de vigilância e controle de IRAS pelos hospitais. E em complementação a esta recomendação, em 1968, foi publicado e distribuído um manual técnico tendo em vista um suporte teórico para a implantação de medidas preventivas (COUTO; PEDROSA; NOGUEIRA, 1999).

Nesta década de 1960, foram implementadas as bases para o controle de infecção nos Estados Unidos e, por meio de duas conferências e estudos pilotos de vigilância foi determinada a magnitude do problema no país. O sucesso da incorporação do enfermeiro de controle de infecções na Inglaterra influenciou o modelo de organização nos Estados Unidos e, em 1968, o CDC concluiu o treinamento da primeira turma de enfermeiros de controle de infecção (COUTO; PEDROSA; NOGUEIRA, 1999; SANTOS, 2006).

Os Estados Unidos foram além das iniciativas britânicas e, na década de 1970, o CDC avaliou o impacto das ações de prevenção instituídas pelos comitês para o controle de IRAS, além de, realizar a primeira conferência nacional, na qual foram revisados os métodos de vigilância epidemiológica e as medidas de prevenção e controle de infecções hospitalares (GORBACK; BARTLETT; BLACKLOW, 2004).

Foi nessa década de 1970 que o CDC procurou avaliar as IRAS, organizando a primeira grande investigação no mundo: Estudo de Infecção Hospitalar Nacional (*National Nosocomial Infection Study* - NNIS), que inicialmente incluiu setenta hospitais e possuía três objetivos básicos: 1) estimar a incidência de IRAS no país; 2) verificar tendências das taxas, topografias mais afetadas e fatores de risco, resistência microbiana; 3) desenvolver metodologia que permitisse comparação interinstitucional e desenvolvimento de pesquisas para o monitoramento dessas infecções. O estudo concluiu que programas de vigilância epidemiológica são eficazes e podem reduzir as taxas de IRAS em 30%, destacando a importância dos programas de vigilância para controle e prevenção dessas infecções, porém ainda com pouca precisão nos resultados (GOLDMANN, 1986; HALEY et al, 1985b).

Em 1970, o sistema NNIS começou com 62 hospitais e em 2000, aproximadamente 300 instituições de cuidados agudos no EUA já estavam participando voluntariamente. Os dados de vigilância são coletados por profissionais treinados, sob uso de protocolos padronizados que visam altos riscos infecciosos e o CDC é responsável por agregá-los a um banco de dados nacional. Os hospitais participantes são assegurados por lei e o CDC não fornece informações que possam identificar indivíduo ou instituição (CDC, 2000, 2004).

Em 1999, o instituto de medicina emitiu relatório sobre erros médicos identificados na vigilância de IRAS como um modelo para os sistemas voluntários de notificação de segurança do usuário (KOHN, 2000). O NNIS, criado pelo CDC em 1970, é o maior e mais antigo sistema de avaliação de desempenho dedicado às IRAS (CDC, 2000).

Tanto o sistema de saúde dos Estados Unidos, como os usuários têm se modificado substancialmente nas últimas décadas. A prática de controle de infecção tem envolvido desde estudos como o NNIS e profissionais a uma busca contínua por conhecimento e metas, necessários para a prática de prevenção e controle de IRAS (GOLDRICK, 2005).

Embasados por esses estudos preliminares, desenvolveram-se os primeiros sistemas de vigilância, objetivando o conhecimento imediato do fenômeno e o seu segmento global sob um acompanhamento permanente das populações (NOGUEIRA JUNIOR et al., 2014).

Entretanto, o projeto mais audacioso do CDC foi o Estudo da Eficácia do Controle de Infecções Nosocomiais (*Study on Efficacy of Nosocomial Infection Control* - SENIC) que em 1976 teve como objetivo avaliar a efetividade da vigilância epidemiológica e dos programas de controle em atividade através de um levantamento da extensão de adoção de programas de controle e prevenção de IRAS pelos hospitais americanos e determinando se os programas adotados foram capazes de reduzir e, em até que ponto, as taxas de infecção (GOLDMANN, 1986) .

Desde então, os Estados Unidos continuaram a assumir papel de liderança e o projeto foi impulsionado ao longo dos anos, tornando-se referência para as redes de vigilância de outros países (NOGUEIRA JUNIOR et al., 2014).

Em 1980, o CDC deu início à produção de uma série de manuais com recomendações para a prevenção e controle de IRAS em diversas topografias que são classificadas pelo grau de evidência e que constituem referência mundial no assunto (GARNER, 1985).

O Comitê Consultivo de Práticas de Controle de Infecções na Assistência à Saúde (*Healthcare Infections Control Practices Advisory Committee* - HICPAC) é responsável pela vigilância das práticas de controle e prevenção e controle de IRAS, resistência antimicrobiana e eventos adversos. O HICPAC também aconselha o CDC em atualizações periódicas das orientações existentes, no desenvolvimento de novas orientações e em declarações dentro política de prevenção de IRAS (HICPAC, 2016).

A mudança contínua nos sistemas de saúde e nas práticas de controle e prevenção de IRAS é um processo que envolve atualizações frequentes. Os profissionais necessitam garantir às instituições conformidades com regulamentos e orientações atualizados, e devem estar sempre preparados para doenças infecciosas emergentes e reemergentes. Muitas mudanças na infraestrutura de saúde dos EUA ocorreram nos últimos vinte anos, quando hospitais se fundiram tornando-se parte de sistemas múltiplos de saúde que incluem instalações de cuidados de saúde em todos os níveis (GOLDRICK, 2005).

A análise das práticas de controle e prevenção de IRAS realizadas entre 1982 e 2001 reflete um aumento de 145% nas atividades exercidas em um período de vinte anos, no entanto, os recursos não evoluíram no mesmo ritmo, havendo o risco de se empregar menor tempo nas atividades de prevenção e controle (GOLDRICK, 2005).

O sistema de saúde americano nas últimas décadas tem repercutido em novos desafios e perspectivas para o controle e prevenção de IRAS, uma vez que o número de hospitais tratando casos agudos tem decaído, enquanto que os leitos de terapia intensiva estão em processo de franca expansão com tendência crescente a realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e atendimento domiciliar (JARVIS, 2001).

2.1.3 Controle e prevenção de IRAS no Brasil

A criação de sistemas de vigilância de IRAS no Brasil é recente. Em 1956 surgiu o primeiro estudo sobre infecção hospitalar no Brasil com a temática “Esterilização do material hospitalar” e, um pouco mais adiante, em 1959, um segundo estudo abordou o assunto “Uso inadequado e indiscriminado de antibióticos”, ambos publicados pela Revista Paulista de Medicina. Em 1972 foi realizado o primeiro evento específico “Curso de Epidemiologia e Profilaxia das Infecções Hospitalares”, no Hospital de Ipanema pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN-SP) (AZEVEDO, 2008; FERNANDES, 2000).

Para suprir a necessidade de mudanças governamentais em meio à crise política e, em especial, no setor da saúde brasileira, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1975, sob a lei 0229, que propunha a integração da Medicina Previdenciária e a Saúde Pública e cabendo ao Ministério da Saúde formular a política nacional de saúde (LACERDA; JOUCLAS; EGRY, 1996).

Desde meados da década de setenta já existiam grupos de estudiosos sobre essa temática, demandando ações para seu controle e prevenção.

Em meados de 1970 o Ministério da Saúde, fundamentado pelo contexto internacional sobre o controle de infecções e por recomendação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), organizou um grupo de trabalho integrado, constituído por profissionais que estudavam e atuavam na ocorrência de IRAS no país e que já davam início às primeiras Comissões de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (CCIH) nos próprios hospitais onde trabalhavam (FERNANDES, 2000).

Em 1982 formou-se em São Paulo o Grupo de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar que, posteriormente, em 1987, evoluiu para Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde (APECIH). A partir daí várias associações foram criadas em outros estados, como a Associação Mineira de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar (AMECIH), culminando com a criação da Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecção Hospitalar (ABIH), todas ainda na década de 80. Essas associações oferecem atualmente cursos básicos e congressos na temática (SILVA, 2003).

Mas, somente em 1983 foi elaborado um documento normativo nacional, a Portaria 196/83, determinando a todos os hospitais brasileiros a constituição de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com o processo de trabalho pautado na vigilância epidemiológica da ocorrência das IRAS (BRASIL, 1985a).

A problemática das IRAS foi acentuada e obteve maior reconhecimento e demandas no país, inclusive pela mídia, após a morte do presidente eleito Tancredo de Almeida Neves, em 1985. Foi nesse período que tiveram início as denúncias de IRAS e os riscos desse problema passaram a fazer parte do conhecimento da população brasileira por meio das manchetes (ANVISA, 1985; LACERDA; JOUCLAS; EGRY, 1996; SILVA, 2003).

E no ano de 1988, pela Portaria nº 232, o Ministério da Saúde publicou um Manual de Controle de Infecção Hospitalar, delineando e adaptando a realidade nacional às medidas básicas de prevenção e controle de IRAS, e, posteriormente, este programa foi transformado em Divisão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, por meio da Portaria 666/90 (ANVISA, 2004).

De 1985 a 1989, a Ministério da Saúde deu início a cursos introdutórios de controle e prevenção de IRAS, criando centros de treinamento e tendo em vista a capacitação de milhares profissionais na área da saúde. Infelizmente, não havia

garantia empregatícia para esses profissionais após o treinamento e, hoje, é provável que estejam exercendo diversas outras funções (OLIVEIRA; BRANCHINI, 1999).

Em 1988, em meio a diversas crises vivenciadas pelo país, houve uma reforma ampla no sistema de saúde e institucionalizou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). Pouco depois, em 1990, foi decretada a lei orgânica de saúde, de nº 8.080, que estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS): "a assistência as pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas" (BRASIL, 1990).

Em 1992, uma nova Portaria, nº 930/92, substituiu a Portaria anterior, 196/83, estabelecendo critérios para o controle sanitário dos serviços e de produtos e substâncias utilizadas e recomendando que os programas de controle e prevenção de IRAS realizassem vigilância ativa dessas infecções, ao invés, de passiva. Ela também consolidou a estrutura da CCIH (BRASIL, 1992).

Esta Portaria definiu estrutura e competências da CCIH, dá origem ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), detalha conceitos de infecção hospitalar, métodos de vigilância epidemiológica, classificação cirúrgica e normatiza limpeza, desinfecção e esterilização de artigos e superfícies.

O Ministério da Saúde elaborou um estudo em 1994, denominado "Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares" que avaliou 8.624 usuários com mais de 24 horas de internação, cujo tempo médio de permanência foi 11,8 dias. Foram identificados 1.129 usuários com IRAS, com prevalência de 13% e observado maior índice em hospitais públicos (PRADE et al., 1995).

Somente em 1997 tornou-se obrigatória a existência de PCIRAS em todos os hospitais do país, independentemente de seu porte, pela Lei 9431/97 (BRASIL, 1997). E a Portaria vigente, nº 2616/98, estabeleceu o modo operacional do PCIRAS, orientando a criação de dois órgãos: 1) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); 2) Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). O primeiro, formado pelos principais representantes dos serviços hospitalares (administração, médico, enfermagem, laboratório de microbiologia, farmácia, nutrição), que tem como responsabilidade determinar as ações de controle e prevenção de IRAS. O segundo, encarregado pela execução das atividades demandadas pela CCIH, formado por um enfermeiro e outro profissional de nível superior para cada 200 leitos e com dedicação exclusiva (BRASIL, 1998).

Note-se que os pequenos hospitais estão incluídos na criação desses dois processos de trabalho, com ressalvas de que a CCIH poderá contar com menor representação de serviços (médico e enfermagem).

Sob o intuito de conscientizar todas as categorias profissionais da saúde, autoridades sanitárias, diretores de hospitais, sociedades e todos os demais envolvidos com o objetivo de reduzir a incidência de óbitos decorrentes de IRAS no Brasil, o Ministério da Saúde decretou o dia 15 de maio, como o dia nacional do controle de infecção hospitalar (ANVISA, 2004).

Em 1999, o Ministério da Saúde criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), responsável pela coordenação nacional do controle e prevenção de IRAS (ANVISA, 2004). A ANVISA, em 2000, foi responsável pela produção de uma Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 48/2000, implantando um roteiro de inspeção sanitária para a avaliação dos Programas de Controle de Infecções Hospitalares do país (ANVISA, 2000).

Em 2004, a ANVISA instituiu o Sistema de Informações para Controle de Infeção em Serviços de Saúde (SINAIS), com embasamento no NNIS do CDC. O SINAIS é uma ferramenta para monitorar os indicadores, de maneira moderna, visa facilitar a notificação por procedimentos de rotina em linguagem simples. A pretensão do SINAIS era assegurar um banco de dados nacionais, no qual as taxas de IRAS, de todos os hospitais, estariam discriminadas por tipo, esfera, número de leitos, ofertando informações nacionais, por estado, município e hospital (ANVISA, 2000). No entanto, até os dias atuais o SINAIS não vigorou amplamente em território nacional.

Atualmente, as diretrizes gerais para prevenção e controle de IRAS são delineadas pela ANVISA e intitulada Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e outros Eventos Adversos (GIPEA) que, impulsionada pelo aperfeiçoamento das atividades de gerenciamento e por meio da Portaria nº 385/03, se associa à Vigilância Sanitária de Serviços em Saúde (BRASIL, 2003). Desse modo, o controle e a prevenção de IRAS passam a ser parte de uma de uma ação mais ampla pela busca da qualidade na assistência à saúde.

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços em Saúde (PNASS), publicado em 2004, apresentava como objetivo geral avaliar os serviços de saúde do SUS em estruturas, processos e resultados, relacionando risco, acesso e satisfação dos usuários nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2004b).

Desse modo, o PNASS veio ao encontro de demandas anteriores de profissionais ligados a prevenção e controle de IRAS, no sentido de ampliar a vigilância epidemiológica para além de indicadores de resultados de eventos, abarcando indicadores de processo e estrutura, ou seja, avaliando os recursos materiais e humanos para realização de ações, condições e execução.

Uma dessas demandas se concretizou em um manual de indicadores de avaliação da qualidade de práticas de controle de IRAS, enquanto resultado de um projeto de parceria multiprofissional e multi-insitucional de política pública de saúde na área de prevenção e controle de IRAS, desenvolvido na Universidade de São Paulo (SÃO PAULO, 2006). Tais indicadores desenvolvidos nessa validação foram utilizados no presente estudo.

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

Tal programa não pode ser evidenciado como única medida capaz de mudar as deficiências nos serviços de saúde no quesito de Segurança do Paciente, pelo contrário, suas ações devem ser articuladas aos esforços de políticas de saúde. Se, por um lado, o PNSP tem seus limites, por outro, pode ter a função de impulsionar as demais políticas (BRASIL, 2014a).

Ao contrário de outros problemas de saúde pública, as IRAS são um problema que requer normatização e auditoria. Houve uma melhora notável na legislação aplicada para a prevenção das IRAS e um aumento da vigilância em saúde, no entanto, seu controle ainda é uma atividade voltada ao cumprimento de normas e exclusivamente relacionada a serviços individuais de saúde nos termos da lei. Isso enfraqueceu a percepção do controle de IRAS como um problema de saúde pública, deslocando a perspectiva coletiva sobre o problema (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

Alguns dos principais desafios para a implementação de um adequado e atuante PCIRAS no país inclui: o grande território, o difícil acesso a algumas regiões, o grande número de instituições de saúde, o grande número de pequenos hospitais, a heterogeneidade dos serviços de saúde e um número insuficiente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Existem diferenças econômicas e culturais, acrescidas por visões políticas diversas em relação às IRAS ocorrendo em regiões distintas e

impedindo o estabelecimento de padrões normativos homogêneos no Brasil (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

Apesar de algumas iniciativas positivas, os cidadãos têm acesso limitado à informação sobre as IRAS incluindo o papel dos usuários e familiares. A imprensa é geralmente sensacionalista e assustadora ao abordar a questão. É necessário estimular a representação da comunidade nas comissões de assessoria a instituições governamentais e de saúde (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

Mesmo que todo esse processo de mudança e transformação tenha repercutido na elaboração e implementação de muitas leis sobre o assunto, ainda não existem meios suficientes que garantam a sua prática, repercutindo na necessidade de integração de todos os envolvidos, profissionais, usuários, governo e sociedade. Há a necessidade de políticas públicas específicas com adequação do atual modelo, despertando consciência profissional *versus* compromisso institucional como ferramenta importante para este sério problema de saúde pública (AZEVEDO, 2008).

2.2 HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NO BRASIL

2.2.1. Conceitos e características

Os hospitais de pequeno porte também têm sido denominados como pequenos hospitais. De forma geral, pelo menos no Brasil, tais denominações estão unicamente relacionadas com a capacidade de leitos de internação (CORRÊA, 2009). Contudo, não há consenso na literatura nacional e internacional sobre a capacidade máxima de leitos que designe hospitais enquanto de pequeno porte ou pequenos hospitais.

No Brasil, a mais antiga literatura, de ordem governamental, que classificou hospitais de acordo com seu porte, é de 1985, definindo hospital de pequeno porte como estabelecimento de saúde com capacidade de até cinquenta leitos, destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação, ambulatorial ou outros serviços a uma determinada clientela (BRASIL, 1985b).

Posteriormente, pela Portaria nº. 2224, de 05 de dezembro de 2002, do Ministério da Saúde, estabeleceu-se um Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde que dividiu os hospitais brasileiros em quatro tipos, de acordo

com uma série de parâmetros, entre os quais, seu número de leitos. Segundo o ato normativo, os hospitais são classificados como de pequeno porte (até 49 leitos), médio porte (de 50 a 149 leitos), grande porte (de 150 a 499 leitos) e porte especial (acima de quinhentos leitos) (BRASIL, 2002).

Tal classificação de leitos, portanto, manteve a mesma de 1985. Contudo, ela foi revogada após 2 anos, pela Portaria nº 350 de 9 de março de 2004 (BRASIL, 2004c). Em seguida, foi instituída a Portaria nº 1044, de 01 de junho de 2004, do Ministério da Saúde a qual, desta vez, não se refere apenas à capacidade de leitos para designar hospitais de pequeno porte. Em seu Artigo 2º, estabeleceu os seguintes critérios: 1) ser de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica; 2) estar localizado em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes; 3) possuir entre cinco a trinta leitos de internação cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); 4) estar localizado em municípios que apresentam cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70% (BRASIL, 2004d).

Desse modo, além de considerar outras características para designar hospitais de pequeno porte, também diminuiu a capacidade de leitos. Por outro lado, não contempla hospitais somente privados, localizados em cidades maiores que trinta mil habitantes e sem cobertura da Estratégia Saúde da Família. Fica clara a intencionalidade dessa Portaria, que buscou instituir a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, "... utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade" (BRASIL, 2004).

Por outro lado, a Portaria nº 2616/98, que descreve o processo de trabalho de controle e prevenção de IRAS, estabeleceu tratamento diferenciado para hospitais de até setenta leitos. Em nenhum momento, contudo, foi explicitada ou embasada a razão de definição para essa capacidade de leitos, tampouco, foi detalhado o processo de consorciação entre hospitais.

Em suma, constata-se que não existe, no Brasil, uma definição homogênea para considerar pequenos hospitais ou hospitais de pequeno porte. Contudo, a maioria dos estudos levantados ainda tem considerado a primeira classificação de porte hospitalar, em que os pequenos hospitais possuem até cinquenta leitos (BRASIL, 1985b).

2.2.2 A representatividade dos hospitais de pequeno porte no Brasil

Os hospitais de pequeno porte, embora constituam menor fração dos leitos hospitalares, juntos, compõem o maior contingente de hospitais do país.

Estudos demonstraram que os hospitais de pequeno porte, de até cinquenta leitos, representavam cerca de 60% das unidades hospitalares e 18% dos leitos existentes no sistema de saúde brasileiro, entre 2007 e 2008. (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008; UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Essa tendência se manteve nos últimos anos. Mais recentemente, a ANVISA divulgou resultados parciais de um diagnóstico dos hospitais de pequeno porte, atualizado até maio de 2014. Conforme o CNES há 5624 hospitais vinculados ao SUS e, desses, 58%, representados por 3275 hospitais, possuem menos de cinquenta leitos, subdividindo-se em 2063 que dispõem de trinta leitos ou menos e 1212 entre 31 e cinquenta leitos (BRASIL, 2014b).

Desde a década de 1970 o número de hospitais brasileiros é ascendente, principalmente em decorrência dos hospitais de pequeno porte. Entre 1976 e 2002 foram inaugurados 1620 hospitais pelo setor público, que acrescentou 27.000 leitos ao sistema, com uma média de dezessete leitos por hospital (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

Além de predominantes no Brasil, os hospitais de pequeno porte vêm crescendo rapidamente em relação a outras complexas redes hospitalares e sua implantação está intimamente ligada a emendas parlamentares para a alocação dos recursos públicos, que raramente levam em consideração as necessidades e peculiaridades de cada localidade (UGÁ; LÓPEZ, 2007). Outro estudo, no entanto, não encontrou dados no país a respeito da influência política na construção e inauguração dos hospitais de pequeno porte. Tampouco sobre bases de dados a respeito de eventos adversos ocorridos nestes serviços. Mas deve-se notar, pelo exposto, que o fenômeno de aumento do número de hospitais de pequeno porte no país está em muito relacionado à municipalização do setor saúde (CORRÊA, 2009).

De fato, e semelhantemente ao que ocorre nos demais países, observa-se que a maior parte dessas instituições se encontra em municípios pequenos e/ou de interior (CORRÊA, 2009). Os 4.705 hospitais de pequeno porte se distribuem em 2.943 municípios brasileiros, sendo a maior parte (83%) localizada em municípios interioranos e de até 30.000 habitantes (UGÁ; LÓPEZ, 2007), concentrando-se nos

estados da Bahia e Minas Gerais, seguidos por Goiás, São Paulo e Paraná. E embora apresentem esta concentração, tais hospitais estão distribuídos universalmente por todo o país (BRASIL, 2014b).

Segundo Corrêa (2009), o crescimento dos pequenos hospitais tem ocorrido a partir da década de 1950 e, com a evolução farmacêutica e tecnológica, eles passaram a assumir dois extremos. Existem aqueles localizados junto aos grandes centros urbanos, comumente interligados às universidades, com tecnologias avançadas e constituintes das denominadas ilhas de excelência. E, há os hospitais com tecnologias menos avançadas, limitação de especialidades e atuantes em pequenas populações que referenciam seus pacientes mais complexos.

De acordo com a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas há no Brasil 2.100 hospitais filantrópicos responsáveis por 40% das internações do SUS. E aproximadamente 56% dessas instituições são os únicos hospitais existentes em municípios interioranos, e vêm atravessando dificuldades financeiras, inclusive relacionadas a investimentos em decorrência de serem representadas, em grande maioria, por pequenos hospitais de gestão considerada pouco profissionalizada (LEAL; MORGADO, 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o papel dos hospitais nos sistemas integrados de serviços de saúde exige determinadas características: ser um local para o manejo de eventos agudos, utilização exclusiva de casos com possibilidades terapêuticas, ter densidade tecnológica compatível com as suas funções, possuir escala adequada para garantir eficiência e qualidade, além de possuir projeto arquitetônico compatível com as suas funções e ser acolhedor aos seus usuários (WHO, 2000).

Em relação à estrutura física, a maior parte dos hospitais de pequeno porte no Brasil possui: sala cirúrgica (89%), que são representados, em maioria, por aqueles com mais de vinte leitos; sala de curativos (76%) e sala de partos (65%). O perfil dos profissionais de saúde se subdivide nesses hospitais para dar assistência a quatro especialidades médicas básicas: clínica médica (34%), cirurgia geral (23%), obstetrícia (26%) e pediatria (18%) (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Estudo que procurou mapear a rede hospitalar do Estado de São Paulo, realizado pela Secretaria do Estado de Saúde, destaca que o pequeno hospital é uma unidade de saúde com baixa eficiência, com qualidade de assistência geralmente precária e de difícil sustentabilidade econômica. No estado de São Paulo a taxa de

ocupação é de 36% e a média de permanência é de 3,2 dias nos hospitais com menos de cinquenta leitos, indicando a baixa complexidade dos casos atendidos (BITTAR; MENDES; MAGALHÃES, 2011).

Conforme explicitado anteriormente, o Ministério da Saúde não apresenta uma definição clara e objetiva no que diz respeito à capacidade máxima de leitos dos hospitais de pequeno porte. Por outro lado, a Portaria 2616/98, que estabelece o PCIRAS no Brasil confere formação e participação diferenciada para CCIH em hospitais até setenta leitos, considerando suas menores complexidade e estruturação de modo a "... utilização compartilhada de recursos técnicos, materiais e humanos" (BRASIL, 1998). Frente a essa questão, o presente estudo optou por utilizar como hospitais participantes da amostra aqueles que possuem setenta leitos ou menos, conforme descrito nessa Portaria, para recursos humanos em políticas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a estrutura e a atuação Programas de Controle e Prevenção de IRAS de pequenos hospitais.

3.2OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Determinar a conformidade geral e as conformidades específicas dos PCIRAS.
- Associar as conformidades obtidas com características das instituições hospitalares e suas Comissões de Controle e Prevenção de IRAS (CCIH) e Serviço de Controle e Prevenção de IRAS (SCIH).
- Identificar fatores intervenientes nas conformidades dos PCIRAS.

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE INVESTIGAÇÃO

Estudo transversal, de caráter avaliativo e exploratório e de abordagem quantitativa, envolvendo achados sobre a estrutura e o desempenho de programas de prevenção e controle de IRAS (PCIRAS).

4.2 CENÁRIO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

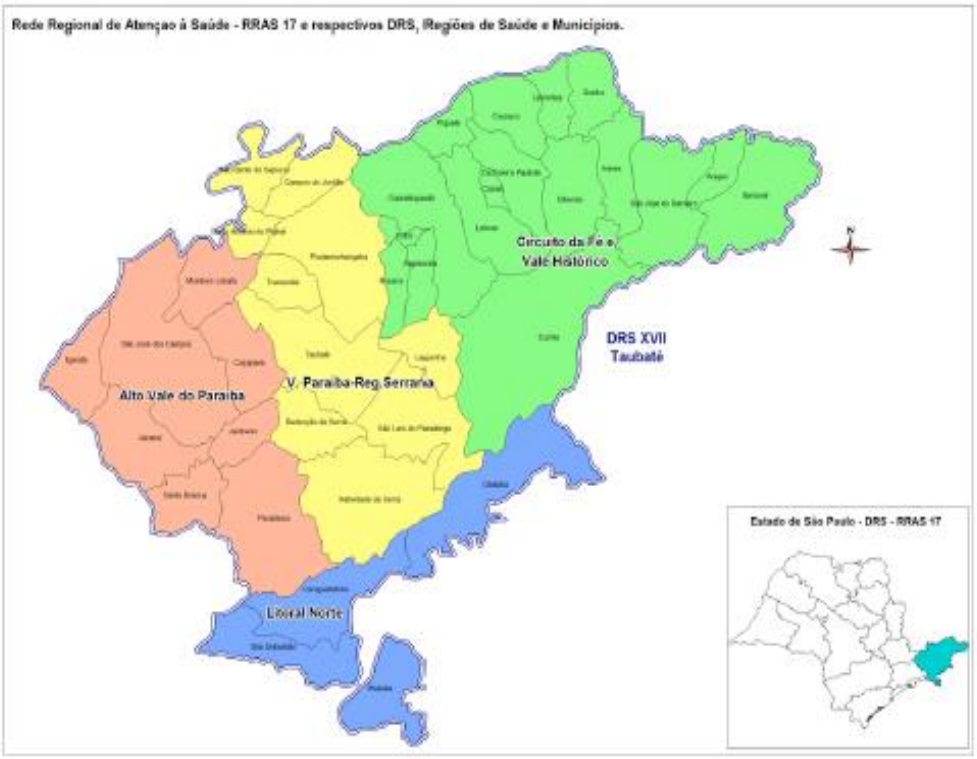
O estudo foi desenvolvido em hospitais de pequeno porte, com leitos de internação, gerais e especializados. Apesar da maior parte da literatura nacional considerar como hospitais de pequeno porte aqueles com até 49 leitos (BRASIL, 1985b, BRASIL, 2002, BRASIL 2005), conforme já apresentado anteriormente, optou-se por acatar, em primeira instância, a Portaria 2616/98, considerando hospitais até setenta leitos. Isso porque a mesma considera que para a formação de PCIRAS em hospitais abaixo de setenta leitos há possibilidade deles se consorciarem para tais atividades (BRASIL, 1998).

Foram considerados todos os hospitais pertencentes ao Departamento Regional de Saúde (DRS) XVII de Taubaté, localizado na macrorregião Sul/Sudeste do estado de São Paulo, o qual é composto por 39 municípios agregados nas regiões de saúde do Alto Vale do Paraíba, Circuito da Fé – Vale Histórico, Litoral Norte e Vale do Paraíba – e Região Serrana. São eles: Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambeiro, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca, São José dos Campos, Aparecida, Arapeí, Areias, Bananal, Cachoeira Paulista, Canas, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá, Lavrinhas, Lorena, Piquete, Potim, Queluz, Roseira, São José do Barreiro, Silveiras, Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião, Ubatuba, Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Redenção da Serra, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Luiz do Paraitinga, Taubaté e Tremembé. É uma região populosa, abrangendo 2.264.594 habitantes e com estimativas de crescimento demográfico motivado por investimentos de expansão e infraestrutura, em especial devido à exploração do petróleo e pré-sal (ONCOCENTRO-SP, 2014).

Ademais, esse cenário faz parte da realidade de uma das pesquisadoras, que vivencia as dificuldades encontradas no contexto para a estruturação e bom desempenho dos PCIRAS nesses pequenos hospitais.

O mapa a seguir abrange as cidades e as regiões de saúde pertencentes ao DRS XVII.

Mapa 1 - Região do DRS XVII (Taubaté)



Fonte: SES/SP

De acordo com consulta no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), pelo DataSus (http: cnes.datasus.gov.br), acessado em 04/09/2015 (BRASIL, 2015), constava o total de 37 hospitais de até setenta leitos registrados no DRS XVII.

Ao acessar o *site*, consultando o *menu* “Relatórios” e clicando na opção “Tipos de Estabelecimentos”, foram selecionados o estado de São Paulo e os municípios descritos no cenário, filtrado o tipo de estabelecimento por "Hospital Geral e Hospital Especializado". Este processo totalizou 56 hospitais. Após exclusão das instituições hospitalares com mais de setenta leitos, restaram 37 elegíveis, o que corresponde a 66,1% da totalidade desse universo (BRASIL, 2015).

O Quadro abaixo, elaborado pela autora, apresenta a distribuição dos leitos existentes nesses hospitais, assim como suas características assistenciais.

Quadro 1 – Distribuição dos hospitais de pequeno porte do DRS XVII de Taubaté/SP, segundo capacidade de leitos e características assistenciais. São Paulo, 2015.

Hospitais	Ent. Mant.	Tipo Assist.	Leitos	Cirúrgicos	Obstetrícia	Pediatria	Crônicos	UTI	Reabilitação	Isolamento	Hospital Dia
1	Mista	Geral	65	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
2	Particular	Geral	42	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim
3	Particular	Geral	20	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
4	Particular	Especializada	2	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
5	Particular	Geral	62	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim
6	Particular	Geral	45	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não
7	Particular	Geral	33	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não
8	Mista	Geral	11	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
9	Público	Geral	43	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não
10	Particular	Geral	11	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
11	Particular	Geral	41	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim
12	Mista	Geral	69	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não
13	Particular	Geral	69	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não
14	Particular	Geral	61	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não
15	Particular	Geral	59	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim
16	Mista	Geral	62	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não
17	Mista	Especializada	25	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim
18	Público	Especializada	30	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
19	Particular	Especializada	19	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
20	Particular	Especializada	16	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
21	Particular	Especializada	34	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
22	Particular	Especializada	16	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
23	Particular	Especializada	8	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
24	Público	Geral	15	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
25	Mista	Geral	47	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
26	Mista	Geral	40	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
27	Particular	Geral	40	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não
28	Público	Geral	19	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
29	Particular	Geral	9	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
30	Público	Geral	46	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não
31	Particular	Geral	25	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não
32	Mista	Geral	40	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
33	Mista	Geral	26	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
34	Particular	Geral	46	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não
35	Particular	Geral	60	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim
36	Particular	Especializada	2	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
37	Particular	Especializada	30	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Fonte: www.cnes.datasus.gov.br, data: 04/09/2015.

Observa-se que, para a maioria dos hospitais que constituem a amostra total de acesso, a entidade mantenedora é privada e com assistência geral. A capacidade de leitos varia de 2 a 69, sendo que apenas oito deles (21,6%) extrapolam a capacidade de leitos considerada de pequeno porte pela literatura nacional existente, ou seja, até cinquenta leitos (BRASIL, 1985b, BRASIL, 2002). Predominam leitos cirúrgicos (67,6%), pediátricos (54,1%) e obstétricos (51,4%), havendo poucos leitos destinados à reabilitação (5,4%), pacientes crônicos (10,8%), isolamento (18,9%) e UTI (35,1%).

A população do estudo foi composta por profissionais coordenadores ou executores de ações dos PCIRAS nesses hospitais.

4.3 AMOSTRA

A amostra total de hospitais de até setenta leitos, de acordo com o CNES, compreendeu 37 hospitais. No entanto, foram excluídos inicialmente dez hospitais, que se enquadraram nos seguintes critérios de exclusão: capacidade maior que setenta leitos, identificada durante a coleta de dados; e hospitais especializados que não realizavam procedimentos invasivos.

Assim, a amostra total de acesso passou a ser de 27 hospitais. Desses, treze recusaram participar da pesquisa, devido aos seguintes motivos: em cinco hospitais (38,5%), não foi possível o contato telefônico com as pessoas responsáveis pela autorização ou sequer houve retorno por e-*mail*, apesar de sucessivas tentativas; de quatro (30,8%), foi obtida a resposta de que não havia interesse da instituição em participar; um (7,7%) hospital estava em reforma, tornando dificultosa a realização da entrevista; de um (7,7%), aguardou-se por autorização administrativa por todo o período de coleta de dados, sem êxito; um (7,7%) não possuía enfermeiro responsável pelo controle de infecção e PCIRAS atuante no momento; e um (7,7%) referiu que o projeto foi analisado pelo Comitê de Ética Interno, e que, apesar de o considerarem de grande teor e extrema importância para sociedade em geral, bem como para o cenário da saúde, a pesquisa havia sido negada pelo comitê Interno da Instituição pelo fato de o hospital estar passando por um processo de reestruturação na época,

Desse modo, a amostra final de hospitais participantes foi catorze, correspondendo a 51,9% do total da amostra de acesso.

4.4 PERÍODO DE COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2015 a março de 2016.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos a partir das respostas contidas em dois instrumentos. O primeiro foi elaborado pela autora a partir de adaptações de estudos prévios (ALVES, 2015; SILVA, 2010) e teve como objetivo a caracterização geral do hospital e de seu PCIRAS (Apêndice A). Corresponde a um questionário com respostas predominantemente fechadas, que abrange achados da caracterização institucional, PCIRAS e atividades educacionais.

O segundo instrumento (Anexo 1) é referente à avaliação dos PCIRAS por meio de quatro indicadores previamente elaborados e validados (SILVA, 2005, 2010), que contemplam duas avaliações de estrutura e outras duas de processo:

1) **Estrutura técnico-operacional do programa de prevenção e controle de IRAS (PCET)**: Avalia a estrutura de Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), incluindo sua formação e suporte técnico-operacional, tais como recursos humanos, infraestrutura física e instrumentos técnicos e administrativos para identificar, definir, discutir e divulgar eventos de IRAS. É constituído por dez componentes ou unidades de avaliação com respostas dicotômicas.

2) **Diretrizes operacionais de controle e prevenção de IRAS (PCDO):** Avalia a existência de diretrizes operacionais de áreas ou serviços hospitalares, nas formas de manuais, normas e procedimentos operacionais, resoluções, entre outros, elaboradas ou incorporadas ao PCIH, fundamentais para direcionar processos de orientação e melhoria contínua em controle e prevenção de IRAS. É constituído por quinze componentes ou unidades de avaliação com respostas dicotômicas.

3) **Sistema de vigilância epidemiológica de IRAS (PCVE):** Avalia se o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) possui e executa um sistema de vigilância epidemiológica de IRAS, através de atividades que incluem busca e notificação de casos de infecção hospitalar (IH) em pacientes internados e após a alta, utilizando metodologias específicas, elaboração de indicadores epidemiológicos de IH e de relatórios, assessoria, consultoria, entre outras. É constituído por dez componentes ou unidades de avaliação com respostas dicotômicas.

4) **Atividades de controle de prevenção de IRAS (PCCP)**: Avalia atividades de prevenção e controle de IRAS nos vários serviços ou setores hospitalares, 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. É constituído por catorze componentes.

É esperado que os pequenos hospitais atinjam conformidade mínima de 70,0% para cada indicador.

Para melhor aplicação dos instrumentos, foi elaborado um manual operacional para coleta de dados e aplicação de ambos os instrumentos (Apêndice B), com base em estudos prévios semelhantes (FORTALEZA et al., 2011; SILVA, 2010).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 02/07/2015, sob o parecer nº 1.212.774 (Anexo 2), portanto, antes da coleta dos dados.

Os preceitos éticos de preservação das partes envolvidas foram observados, tanto em nível institucional como profissional.

As instituições que participaram do estudo foram contatadas para solicitação de autorização formal e realização da pesquisa. Tal solicitação se deu pelo envio de carta explicativa e cópia do projeto de pesquisa. O responsável legal pela instituição

recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C), garantindo: a confidencialidade das informações; a inexistência de consequências por não participação ou desistência, que poderá ocorrer a qualquer momento; o direito a esclarecimento de dúvidas; e a ausência de ônus financeiros para a instituição.

4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi realizado contato prévio com o DRS XVII de Taubaté e agendada reunião com o Grupo Regional de Vigilância Epidemiológica (GVE) de São José dos Campos, com o intuito de expor o projeto e seus objetivos, assim como favorecer contato e obter autorização junto às instituições hospitalares pré-definidas na amostra para viabilizar o desenvolvimento da pesquisa.

A partir de então, deu-se início aos contatos diretos junto às instituições hospitalares, para a obtenção de autorização da coleta de dados, diretamente pela própria pesquisadora e de acordo com as etapas que se seguem abaixo.

4.7.1 Contatos telefônicos

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, foi realizado contato telefônico formal da pesquisadora com as instituições hospitalares eleitas a participarem da pesquisa, no qual se procurou falar diretamente com o responsável pela CCIH e/ou o enfermeiro gerente, realizando uma breve apresentação do projeto e obtenção do endereço eletrônico para envio de documentação.

4.7.2 Envio dos instrumentos de coleta de dados por endereço eletrônico

Foram enviados *e-mails* para solicitação de autorização e início da pesquisa (Apêndice D) a todas as instituições hospitalares que compõem a amostra, contendo os seguintes documentos: Carta de Apresentação ao Serviço de Saúde, solicitando autorização de participação na pesquisa (Apêndice E); TCLE (Apêndice C) e Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP (Anexo 2).

Os instrumentos de coleta de dados não foram encaminhados previamente por *e-mail*, a fim de não induzir os entrevistados no que se refere à preparação prévia de quesitos inexistentes.

Foi estabelecido o prazo inicial de quinze dias para as instituições hospitalares encaminharem a confirmação da leitura do *e-mail*, bem como para darem parecer sobre a autorização da coleta de dados da pesquisa. No entanto, a grande maioria não retornou após esse período, sendo necessários vários e repetidos contatos posteriores, por mensagens eletrônicas, telefonemas e pessoalmente. As tentativas encerraram-se alguns meses antes do prazo final para finalização do estudo, compondo a amostra final com todas as instituições que concordaram em participar.

4.7.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por entrevistas em datas e horários pré-estabelecidos pela direção da instituição com base na disponibilidade dos profissionais e na rotina da instituição hospitalar.

A aplicação dos instrumentos de coleta de dados foi realizada presencialmente, por meio de entrevista e análise de documentos que evidenciavam os conteúdos em avaliação, conforme orientações já indicadas no manual operacional (Apêndice B).

Os dados relacionados à aplicação dos instrumentos de caracterização do hospital/PCIRAS, bem como o de avaliação do PCIRAS, foram coletados pela própria pesquisadora.

4.7.4 Pré-teste

O pré-teste correspondeu à aplicação dos instrumentos, por meio de entrevista, junto a um profissional da CCIH de um hospital municipal de pequeno porte da região.

4.8 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes foram obtidas a partir do primeiro instrumento de coleta de dados (Apêndice A), constituindo possíveis variáveis preditoras para um bom desempenho dos PCIRAS, avaliados pelo segundo instrumento (Anexo 1).

I. Entidade mantenedora: privada e pública;
II. Serviços com UTI;
III. Acreditação/certificação;
IV. Representação do SCIH;
V. Carga horária diária do enfermeiro do SCIH;
VI. Carga horária diária do segundo profissional do SCIH, além do enfermeiro.

Com referência à variável I, partiu-se da hipótese de conformidade mais alta dos PCIRAS em hospitais públicos do que privados. A variável II embasou-se no pressuposto de que serviços com UTI possuem maior número de procedimentos invasivos em pequenos hospitais e melhor vigilância de IRAS. A variável III partiu do princípio de que serviços que possuem acreditação/certificação apresentam maior conformidade nos PCIRAS. Os demais itens, a sua presença/existência constituiu outra hipótese de relação de maior conformidade dos PCIRAS, em decorrência do cumprimento de exigências da legislação vigente.

4.9. ANÁLISE DOS DADOS

Para a obtenção da conformidade geral na avaliação dos PCIRAS, foram utilizadas as próprias fórmulas apresentadas para cada indicador, em seus manuais operacionais, listadas abaixo:

PCET – Estrutura técnico-operacional do PCIH

$$\frac{\sum \textbf{valores} \text{ obtidos dos componentes indicador } \textbf{PCET atendidos}}{\sum \textbf{total dos valores} \text{ esperados dos componentes indicador } \textbf{PCET}} \times 100$$

PCDO – Diretrizes operacionais de controle e prevenção de IRAS

$$\frac{\sum \textbf{valores} \text{ obtidos dos componentes indicador } \textbf{PCD atendidos}}{\sum \textbf{total dos valores} \text{ esperados dos componentes indicador } \textbf{PCDO aplicáveis}} \times 100$$

PCVE – Sistema de vigilância epidemiológica de IRAS

$$\frac{\sum \textbf{valores obtidos} \text{ dos componentes indicador } \textbf{PCVE atendidos}}{\sum \textbf{total dos valores esperados} \text{ dos componentes indicador } \textbf{PCVE}} \times 100$$

PCCP – Atividades de controle de prevenção de IRAS

$$\frac{\sum \textbf{valores} \text{ obtidos dos componentes indicador } \textbf{PCCP atendidos}}{\sum \textbf{total dos valores} \text{ esperados dos componentes indicador } \textbf{PCCP aplicáveis}} \times 100$$

Foram calculadas também as conformidades específicas para cada componente dos indicadores, além do índice de conformidade geral por hospital.

Os dados de caracterização dos hospitais, CCIH, SCIH e capacitação dos profissionais foram apresentados em Tabelas e Gráficos, descritos por meio de estatística descritiva.

Pela natureza dos dados foram empregados métodos paramétricos e não paramétricos, com auxílio do *software* Microsoft Excel (2015) e do programa Statiscal Package for Social Sciences (SPSS 22), a fim de associar os resultados das conformidades gerais, bem como de cada indicador com as variáveis anteriormente eleitas. Tabelas de contingências foram construídas e avaliadas com teste exato de Fisher a um nível de significância de 5%. Também foi calculada o percentil da distribuição das pontuações atingidas nos índices de conformidade.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi classificada nas seguintes categorias:

5.1 Caracterização dos hospitais da amostra de acesso;

5.2 Caracterização das CCIH;

5.3 Caracterização dos SCIH;

5.4 Conformidades dos PCIRAS;

5.5 Associação de conformidades dos PCIRAS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DA AMOSTRA DE ACESSO

Para compreender a amostra elegível são apresentadas algumas características relevantes sobre o perfil dos hospitais participantes e não participantes. A Tabela 1 explora um pouco dessas duas realidades. Observa-se que em ambas as situações há semelhança em relação ao número de leitos, com uma mediana de 30; no entanto, sua variação é bem maior no grupo de não participantes. Outro dado importante consiste na grande rejeição dos hospitais públicos (3-50,0%) e mistos (3-75,0%) em participar do estudo. Desse modo, a maioria da amostra foi composta por hospitais privados (9-56,3%). Dentre os participantes, foi encontrado um hospital filantrópico e outro de entidade mantenedora mista.

Ainda de acordo com a Tabela 1, os serviços especializados disponíveis nos hospitais não participantes e participantes parecem diferir muito entre si. No entanto, há proporção semelhante na existência de clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia, isolamento e hospital-dia. Dentre os participantes, o serviço mais frequente é o pronto-socorro (85,7%), seguindo-se clínica médica (78,6%), pediatria (78,6%) e clínica cirúrgica (71,4%). Em relação à UTI, permanece concordância com a amostra total de acesso, a qual também está presente na minoria dos hospitais participantes, apenas três (21,4%). Outros serviços especializados incluem: reabilitação, isolamento, hospital dia, estabilização e geriatria.

Tabela 1 – Capacidade de leitos, entidade mantenedora e serviços especializados da amostra total de acesso dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

NÚMERO DE LEITOS	Participantes (n = 14)	Não participantes (n = 13)
Média (DP)	30,7 (14,1)	33,5 (21,8)
Mediana (mín.-máx.)	30,0 (16-59)	30,0 (2-69)
ENTIDADE MANTENEDORA - n (%)	**Participantes (n = 14)**	**Não participantes (n = 13)**
Pública	3 (50,0)	3 (50,0)
Privada	9 (56,3)	7 (43,7)
Mista	1 (25,0)	3 (75,0)
Filantrópica	1 (100,0)	0 (0,0)
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - n (%)	**Participantes (n = 14)**	**Não participantes (n = 13)**
Ambulatório	9 (64,3)	0 (0,0)
Clínica Médica	11 (78,6)	10 (76,9)
Clínica Cirúrgica	10 (71,4)	10 (76,9)
Pediatria	11 (78,6)	6 (46,2)
Obstetrícia	7 (50,0)	5 (38,5)
Pronto-socorro	12 (85,7)	0 (0,0)
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	3 (21,4)	6 (46,2)
Outros	14 (100,0)	8 (57,1)

Fonte: www.cnes.datasus.gov.br, 2015. Adaptado pelo autor.

De acordo com a Tabela 2, a região na qual ocorre maior concentração de pequenos hospitais, tanto os participantes quanto os não participantes, é a do Alto do Vale do Paraíba. Essa região caracteriza-se por um desenvolvimento industrial importante, da qual faz parte a cidade de São José dos Campos, sede da região metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte. Sozinha, a região do Alto do Vale do Paraíba alberga sete (50,0%) desses hospitais, sendo que a cidade de São José dos Campos concentra quatro (57,1%) deles. As demais regiões apresentaram poucas distribuições relativamente homogêneas.

A maioria dos hospitais participantes possui assistência geral (10-71,4%), enquanto que as instituições especializadas correspondem a quatro (28,6%), atendendo as seguintes especialidades: geriatria, pediatria e cirurgias reparadoras/plásticas. Entre as instituições não participantes destaca-se a assistência geral (9-69,2%), conforme observado na Tabela 2.

Tabela 2 – Regiões geográficas e tipo de assistência da amostra total de acesso dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016

REGIÃO – n (%)	Participantes (n = 14)	Não participantes (n = 13)
Litoral Norte	1 (7,2)	0 (0,0)
Vale do Paraíba - Região Serrana	3 (21,4)	3 (23,1)
Alto do Vale do Paraíba	7 (50,0)	9 (69,2)
Circuito da Fé - Vale Histórico	3 (21,4)	1 (7,7)
TIPO DE ASSISTÊNCIA – n (%)	**Participantes (n = 14)**	**Não participantes (n = 13)**
Geral	10 (71,4)	9 (69,2)
Especializada	4 (28,6)	4 (30,8)

Fonte: Próprio autor

A Tabela 3 faz referência aos principais recursos relacionados à melhoria da qualidade somente dos hospitais participantes, informação obtida durante a coleta dos dados. Pode-se constatar que eles estão presentes na minoria deles. Somente 42,9% dos hospitais participantes possuem laboratório de análises próprio, que favorece maior agilidade nos resultados. Esse serviço é terceirizado pela maioria dos hospitais, contudo, todas as três instituições públicas participantes apresentam laboratório próprio.

A cirurgia segura introduzida como um desafio global em 2008 e instituída pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente de 2014, no Brasil, está implantada em sete (50,0%) hospitais participantes. Somente duas instituições privadas (14,3%) possuíam certificação de qualidade em saúde, sendo uma pela Fundação Vanzolini, reconhecida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), e outra pela Federação das Unimed do Estado de São Paulo (FESP). O Núcleo de Segurança do Paciente está presente em três (21,4%), sendo que em todos os hospitais nos quais o Programa é vigente há um enfermeiro para coordená-lo, que divide sua disponibilidade com outras funções (Tabela 3).

Tabela 3 – Recursos existentes para melhoria da qualidade dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

RECURSOS	N	%
Laboratório de Análises Próprio (n=14)	6	42,9
Implantação da Cirurgia Segura (n=10)	7	70,0
Certificação de Qualidade (n=14)	2	14,3
Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) (n=14)	3	21,4

Fonte: Próprio autor

5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS CCIH

De acordo com a Tabela 4, a CCIH dos pequenos hospitais participantes é na maioria de natureza própria (12-85,7%), sendo encontrados apenas dois hospitais de uma mesma rede hospitalar privada que consorciavam suas atividades de controle e prevenção de IRAS, conforme permitido na Portaria 2616 de 1998 (BRASIL, 1998). Portanto, possuindo um mesmo PCIRAS, mas compartilhando os serviços de CCIH e SCIH de maneiras distintas, uma vez que um dos hospitais apresenta um número bem maior de leitos que o outro, sendo a carga horária distribuída, aproximadamente, 1/5 do hospital maior.

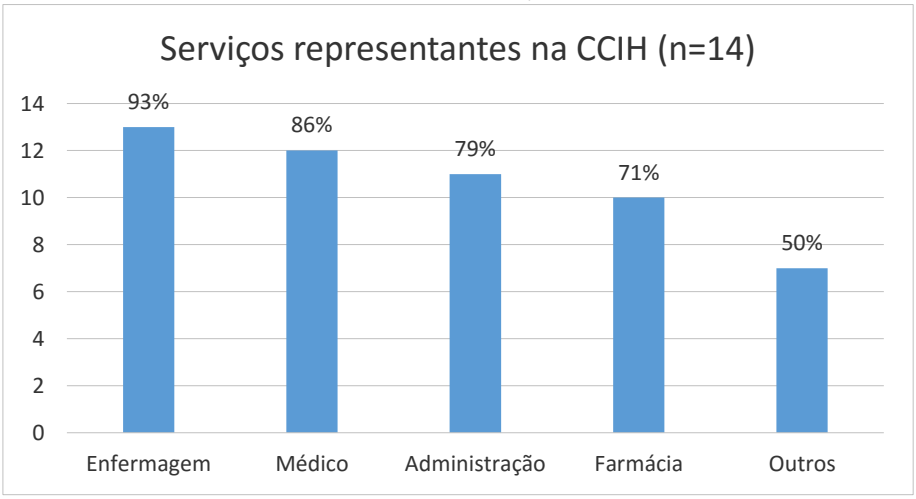
Tabela 4 – Natureza do serviço das CCIH dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

NATUREZA DA CCIH (n=14)	N	%
Própria	12	85,7
Consorciada	2	14,3

Fonte: Próprio autor

Conforme observado no Gráfico 1, quase todos os hospitais possuíam o serviço de enfermagem como representante na CCIH (93%). Demais serviços representantes foram: médico (86%), administração (79%), farmácia (71%) e outros (50%), tais como: laboratório (bioquímico, biomédico, biólogo), nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia e segurança do trabalho. É importante ressaltar que somente em um hospital público não foi encontrado o serviço de enfermagem como representante na CCIH.

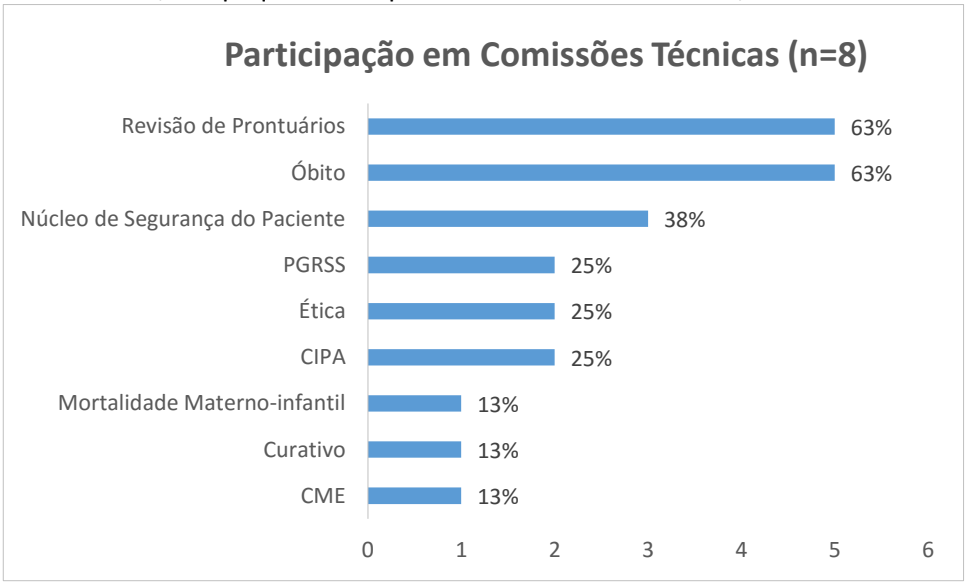
Gráfico 1 – Serviços representantes nas CCIH dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.



Fonte: Próprio autor.

Oito (57,1%) hospitais têm seus enfermeiros representantes na CCIH participando de outras comissões técnicas, tais como: Óbito, Revisão de Prontuários, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Ética, Plano Gerencial de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS), Central de Material e Esterilização (CME), Curativo e Mortalidade Materno-infantil, melhor detalhado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Enfermeiros representantes das CCIH, segundo sua participação em outras comissões técnicas, nos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.



Fonte: Próprio autor.

Exige-se das CCIH que comuniquem suas atividades de vigilância de IRAS à Comissão Estadual/Distrital do Estado de São Paulo, por meio do preenchimento e envio de planilhas, mas somente dez (71,4%) dos hospitais desse estudo o fazem. É importante explicitar que, dos quatro hospitais que não comunicam suas atividades de vigilância, três não realizam procedimentos cirúrgicos, atividade de vigilância mínima exigida pelo Estado para as pequenas instituições.

A notificação compulsória de doenças e agravos também é exigência universal para todos os serviços de assistência à saúde no Brasil, no entanto, foi observado que um (7,1%) dos hospitais pesquisados ainda não cumpre essa normativa.

Somente metade das instituições (7-50%) divulga os resultados de suas atividades de prevenção e controle de IRAS à própria comunidade hospitalar. Os meios mais comuns para essas divulgações são discussões internas, campanhas e durante a educação continuada. Somente uma instituição apresenta gráficos e murais

expostos para tais divulgações.

De acordo com a Tabela 5, os hospitais que possuem centro cirúrgico apresentam em média 2,4 salas cirúrgicas com um desvio-padrão de 1,0. Dois hospitais que possuem salas cirúrgicas não informaram seus dados sobre o volume de cirurgias realizadas. A média de cirurgias totais realizadas está em torno de 114,8, com um enorme desvio-padrão (113,2), que nos remete à grande discrepância no volume de cirurgias realizadas nessas instituições. As cirurgias limpas e as cesarianas, responsáveis pela maior parte da vigilância de IRAS em hospitais sem UTI e cobradas mensalmente pelo Estado, se somadas, correspondem a mais de 50% da produção cirúrgica, apresentando medianas de 28,5 e 16,0 respectivamente. Vale ressaltar que também apresentam médias com grandes desvios. A CCIH foi implementada nas instituições de pequeno porte recentemente, datadas a partir de 2010, com variação de 3,5 anos.

Tabela 5 – Estatística descritiva das características relacionadas ao Centro Cirúrgico/CCIH e ano de implementação da CCIH, nos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

CARACTERÍSTICAS CENTRO CIRÚRGICO/CCIH	n	Média	Desvio -padrão	Mediana	(Mín-máx)
Nº de salas cirúrgicas	10	2,4	1,0	2,5	(1-4)
Volume médio de cirurgias	8	114,8	113,2	62,5	(17-337)
Volume médio de cirurgias limpas	8	41,1	33,5	28,5	(10-90)
Volume médio de cesáreas	6	30,2	35,0	16,0	(9-100)
Ano de implementação da CCIH	14	2010	3,5	2010	(2004-2015)

Fonte: Próprio autor

O uso de indicadores epidemiológicos para a vigilância de IRAS nos hospitais é uma prática muito comum, uma vez que eles auxiliam na compilação dos dados extraídos. Esses indicadores são utilizados por nove (64,3%) das CCIH dos hospitais estudados. Os de maior frequência são os de taxas de IRAS em cirurgias limpas e cesáreas (100% e 88,9%, respectivamente). O indicador epidemiológico menos utilizado foi o de taxa de letalidade, por apenas um (11,1%) dos hospitais (Tabela 6).

É importante ressaltar que, dentre as CCIH dos hospitais públicos, somente uma aplica indicadores epidemiológicos para o controle e prevenção de IRAS, realizando apenas vigilância de cirurgias limpas e cesáreas, que são exigências estaduais. Essa mesma CCIH relatou não conseguir utilizar tais indicadores para a implantação de melhorias, de modo que são calculados apenas para o cumprimento legislativo. Outros tipos de indicadores também são utilizados em menor escala (6-42,9%), no entanto, apresentam melhor aproveitamento, visto que todas as instituições que fazem

o seu uso direcionam seus achados para a implantação de melhorias na qualidade da assistência. Dentre os mais utilizados, destaca-se o indicador de higienização de mãos, empregado por todos os seis hospitais que utilizam outros tipos de indicadores, além dos epidemiológicos. Os menos frequentes foram o de taxa de IRAS em aspirações de secreções e de rastreabilidade de materiais da Central de Material e Esterilização (CME), empregados por apenas uma (16,7%) das instituições, conforme apresentado na Tabela 6. Os hospitais públicos não utilizam nenhum outro tipo de indicador além dos epidemiológicos para o controle e prevenção de IRAS.

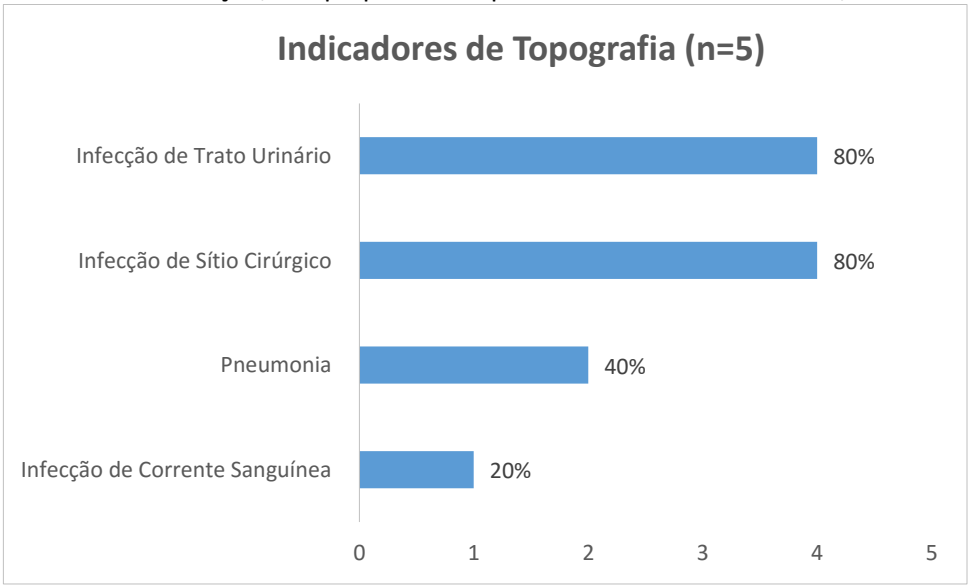
Tabela 6 – Indicadores epidemiológicos e outros indicadores empregados pelas CCIH para registro de ocorrência de taxa de IRAS, dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS (n=9)	**N**	**%**
Geral de IRAS	2	22,2
Pacientes com IRAS	4	44,4
Letalidade	1	11,1
IRAS em cirurgias limpas	9	100,0
IRAS em cesáreas	8	88,9
IRAS por topografia	5	55,6
IRAS por procedimentos	3	33,3
OUTROS INDICADORES (n=6)	**N**	**%**
Higienização das mãos	6	100,0
Frequência de IRAS por microrganismos	4	66,7
Taxa de IRAS em aspirações de secreções	1	16,7
Rastreabilidade de materiais da CME	1	16,7
Controle de vetores, água e gestão de risco	5	83,3

Fonte: Próprio autor

Observa-se, no Gráfico 3, maior detalhamento dos indicadores de taxa por topografia, empregado pelas CCIH, destacando o de infecção de trato urinário e o de infecção de sítio cirúrgico, utilizados por 80% desses hospitais. Indicadores de taxas de pneumonia e infecção de corrente sanguínea são utilizados com menor frequência.

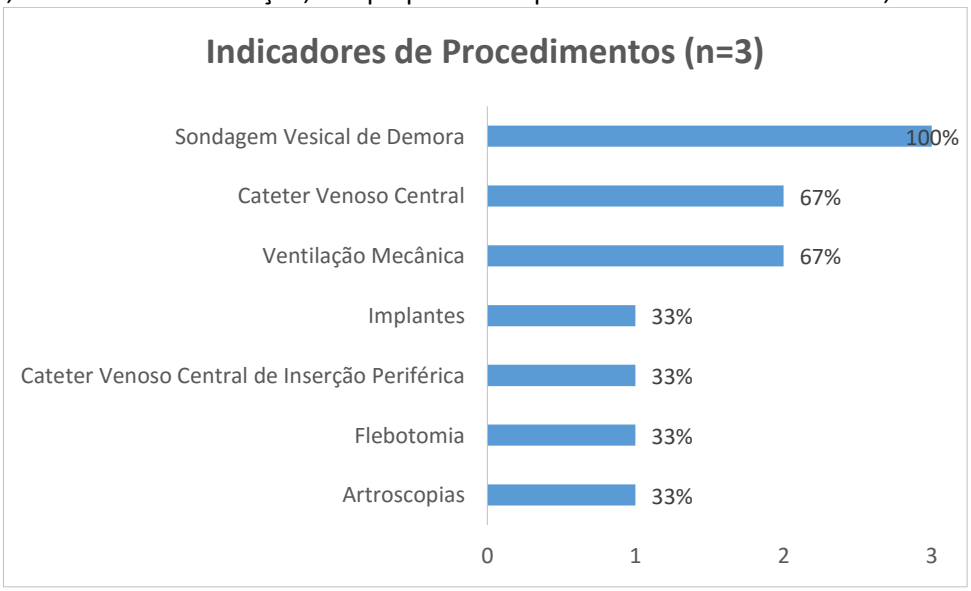
Gráfico 3 – Indicadores de topografia empregados pelas CCIH para registro de ocorrência de IRAS conforme sua utilização, nos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.



Fonte: Próprio autor.

O Gráfico 4 descreve os tipos de taxas de IRAS por procedimentos utilizados pelos três hospitais que os aplicam. Pode-se notar que a sondagem vesical de demora está presente em 100% dessas instituições, seguidos por cateter venoso central e ventilação mecânica, empregados por 67% delas. Procedimentos como implantes, cateter venoso central de inserção periférica (PICC), flebotomia e artroscopias são menos frequentemente utilizados para calcular taxa de IRAS (33%).

Gráfico 4 – Indicadores de procedimentos empregados pelas CCIH para registro de ocorrência de IRAS, conforme sua utilização, dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.



Fonte: Próprio autor.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SCIH

De acordo com a Tabela 7, dos catorze hospitais participantes, treze (92,9%) possuem um profissional enfermeiro na composição do SCIH. Somente um hospital público não possui o enfermeiro como profissional atuante no SCIH, conforme recomendado pela Portaria 2616/98 (BRASIL, 1998). O médico é o segundo profissional que se destaca na composição do SCIH (12-85,7%), seguido por farmacêutico (6-42,9%) e técnico de enfermagem (2-14,3%). Dentre as especialidades médicas integrantes do SCIH, há destaque para o infectologista e o cirurgião geral, representados em 25% dos hospitais, e para o pediatra e clínico geral, presentes em 16,7% das instituições.

Tabela 7 – SCIH, segundo profissionais integrantes, e especialidade do profissional médico dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

Profissionais integrantes (n=14)	**n**	**%**
Enfermeiro	13	92,9
Médico	12	85,7
Farmacêutico	6	42,9
Técnico de Enfermagem	2	14,3
Especialidade do profissional médico (n=12)	**n**	**%**
Infectologista	3	25,0
Cirurgião Geral	3	25,0
Obstetra	1	8,3
Pediatra	2	16,7
Dermatologista	1	8,3
Clínico geral	2	16,7

Fonte: Próprio autor

Segundo a Tabela 8, poucos profissionais membros da SCIH desses hospitais são concursados, sendo que esse vínculo institucional foi encontrado apenas em uma instituição pública para o farmacêutico e o técnico de enfermagem. A maioria deles (75,7%) é contratado, incluindo 100% dos enfermeiros, 58,4% dos médicos, 66,6% dos farmacêuticos e 50% dos técnicos de enfermagem. O vínculo autônomo foi encontrado apenas em quatro (36,4%) instituições, para a categoria profissional médico. Outros vínculos institucionais também foram encontrados, em menor escala, como cooperado para o profissional médico e o voluntário para o farmacêutico, ambos observados em uma única instituição privada.

Tabela 8 – Profissionais membros do SCIH, segundo vínculo institucional e categoria profissional, dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

CATEGORIA PROFISSIONAL	VÍNCULO INSTITUCIONAL									
	CONCURSADO		CONTRATADO		AUTÔNOMO		OUTROS		TOTAL	
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Enfermeiro	0	0,0	13	100,0	0	0,0	0	0,0	13	100,0
Médico	0	0,0	7	58,4	4	33,3	1	8,3	12	100,0
Farmacêutico	1	16,7	4	66,6	0	0,0	1	16,7	6	100,0
Técnico de Enfermagem	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Total	2	6,1	25	75,7	4	12,1	2	6,1	33	100,0

Fonte: Próprio autor

O tempo de dedicação diária exclusiva ao SCIH é consideravelmente baixo, e 76,9% dos enfermeiros trabalham com carga horária exclusiva inferior a 6 horas diárias, ou seja, abaixo da carga horária mínima estabelecida pela Portaria 2616/98. Assim sendo, nota-se que a dedicação de ao menos 6 horas diárias está presente somente em hospitais privados. Vale ressaltar que 38,5% dos enfermeiros trabalham com carga horária inferior a uma hora diária. Em relação às outras categorias profissionais de nível superior, quase que a totalidade dedica menos de 4 horas diárias exclusivas ao SCIH, no entanto, os dois hospitais que consorciam suas atividades, se consideradas suas cargas horárias somadas, atingem cargas horárias superiores (Tabela 9).

Vale ressaltar que somente três instituições possuem enfermeiros com dedicação exclusiva ao PCIRAS, os demais necessitam dividir sua carga horária com outras funções, destacando-se: 71,4% assistência, 7,1% dispensação de medicamentos, 7,1% gerência de enfermagem, 7,1% educação continuada e 7,1% Núcleo de Segurança do Paciente.

Tabela 9 – Carga horária exclusiva dos profissionais do SCIH, segundo atividade mantenedora dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

CARGA HORÁRIA DIÁRIA EXCLUSIVA DOS PROFISSIONAIS DO SCIH		n	%
Enfermeiro (n=13)	< 6 horas	10	76,9
	≥ 6 horas	3	23,1
Médico (n=12)	< 4 horas	12	91,7
	≥ 4 horas	1	8,3
Farmacêutico (n=6)	< 4 horas	6	100,0
Técnico de Enfermagem (n=2)	≥ 6 horas	2	100,0

Fonte: Próprio autor

Em relação ao tempo de atuação dos profissionais do SCIH em prevenção e controle de IRAS, constata-se, de forma geral, que os enfermeiros estão mais recentemente inseridos na área que os demais profissionais, sendo que 69,2% relataram tempo de atuação em controle e prevenção de IRAS inferior a dois anos. Os médicos foram os profissionais que possuíam maior tempo de atuação, sendo para 50% deles dois anos ou mais. Vale ressaltar que 33,3% dos médicos possuíam seis anos ou mais de atuação na área (Tabela 10).

Tabela 10 – Profissionais do SCIH segundo tempo de atuação em controle e prevenção de IRAS, dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

TEMPO DE ATUAÇÃO EM PCIRAS		**n**	**%**
Enfermeiro (n=13)	< 2 anos	9	69,2
	≥ 2 anos	4	30,8
Médico (n=12)	Não soube informar	3	25,0
	< 2 anos	3	25,0
	≥ 2 anos	6	50,0
Farmacêutico (n=6)	Não soube informar	4	66,6
	< 2 anos	1	16,7
	≥ 2 anos	1	16,7
Técnico de Enfermagem (n=2)	< 2 anos	1	50,0
	≥ 2 anos	1	50,0

Fonte: Próprio autor

A Tabela 11 remete à capacitação dos enfermeiros do SCIH para atuar no controle e prevenção de IRAS. Em relação ao conhecimento prévio, menos da metade deles (5-38,4%) havia realizado cursos de curta duração, e frequência significativa (4-30,8%) não possuía conhecimento além dos da graduação. Mesmo após sua atuação no SCIH, a maioria (8-61,5%) não havia ainda realizado algum tipo de capacitação, e menos da metade (5-38,5%) participou de eventos na área. No entanto, uma proporção significativa tem acesso a livros atualizados e sites científicos na área, respectivamente 12-85,7% e 14-100%.

Tabela 11 – SCIH segundo a capacitação dos seus enfermeiros em controle e prevenção de IRAS, dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

CAPACITAÇÃO PRÉVIA (n=13)	**n**	**%**
Cursos de curta duração	5	38,4
Experiência prévia em outra instituição	2	15,4
Conhecimento/treinamento adquirido com outro enfermeiro	2	15,4
Não possui conhecimento prévio	4	30,8
CAPACITAÇÃO DURANTE A ATUAÇÃO NO SCIH (n=13)	**n**	**%**
Especialização (360 horas)	2	15,4
Cursos de curta duração	3	23,1
Não realiza capacitação	8	61,5
PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS NA ÁREA (n=13)	**n**	**%**
Congressos	2	15,4
Eventos da APECIH	2	15,4
Reuniões da Vigilância do Estado	1	7,7
Não participa	8	61,5
OUTROS RECURSOS (n=14)	**n**	**%**
Livros atualizados	12	85,7
Sites científicos	14	100,0

Fonte: Próprio autor

Um aspecto que contribui na compreensão da realidade dos pequenos hospitais em relação ao controle e prevenção de IRAS são os fatores que favorecem e que dificultam a atuação dos membros executores do SCIH.

O fator relacionado à estrutura e recursos materiais é considerado o que mais facilita (66,6%), principalmente por se tratar de instituições menos complexas. O fator relacionado às equipes profissionais também contribui favoravelmente (58,2%), principalmente pela boa interação e fácil acesso (Tabela 12).

Já quanto aos fatores que dificultam a atuação do SCIH, ressaltam-se o relacionado aos recursos humanos (75,0%), referentes a aspectos sobre acúmulo de funções do enfermeiro do SCIH e deficiência de capacitação especializada. Por sua vez, dificuldades relacionadas ao fator equipes profissionais obtiveram a mesma proporção do resultado facilitador (58,2%) por motivos opostos (Tabela 12).

Tabela 12 – SCIH segundo aspectos que favorecem e dificultam a atuação dos seus membros executores, nos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

ASPECTOS QUE FAVORECEM (n=12)	**n**	**%**
Relacionado às instâncias superiores	**2**	**16,6**
Acesso às instâncias	1	8,3
Interlocução/flexibilidade das Direções Geral e de Enfermagem	1	8,3
Relacionado às equipes profissionais	**7**	**58,2**
Boa interação e fácil acesso às equipes de todos os setores	4	33,3
Parceria com o Laboratório de Análises Clínicas	1	8,3
Colaboração de membros de outros serviços	1	8,3
Interação dos membros da CCIH/SCIH	1	8,3
Relacionado a estrutura e recursos materiais	**8**	**66,6**
Menor complexidade institucional	6	50,0
Disponibilidade de linha telefônica aberta para realização de busca ativa	1	8,3
Existência de prontuário e sistema eletrônicos	1	8,3
ASPECTOS QUE DIFICULTAM (n=12)	**n**	**%**
Relacionado às instâncias superiores	**2**	**16,7**
Falta de apoio/morosidade no retorno das solicitações feitas às instâncias superiores	2	16,7
Relacionado às equipes profissionais	**7**	**58,2**
Falta de maturidade profissional	1	8,3
Falta de motivação dos profissionais da CCIH/SCIH devido às inúmeras dificuldades	1	8,3
Não adesão das equipes às medidas de prevenção e controle de IRAS	1	8,3
Não participação de outros serviços e setores nas atividades da CCIH	1	8,3
Despreparo do SCIH para realizar a Vigilância epidemiológica de IRAS	1	8,3
Falta de apoio dos enfermeiros das unidades por desconhecimento do trabalho da SCIH	2	16,7
Relacionado aos recursos humanos	**9**	**75,0**
Acúmulo de outras funções pelo enfermeiro além de controle e prevenção de IRAS	4	33,3
Falta de profissionais especializados para atuar em CCIH/SCIH	2	16,7
Falta de capacitações para os membros da CCIH/SCIH	3	25,0
Relacionado a estrutura e recursos materiais	**2**	**16,7**
Falta de recursos financeiros para investimentos na área de controle e prevenção de IRAS	2	16,7

Fonte: Próprio autor

A Tabela 13 evidencia as categorias dos profissionais contempladas por capacitações em controle e prevenção de IRAS às admissões, realizadas pelo SCIH. Constata-se que o corpo de enfermagem apresenta destaque, com 57,1% de realização de algum tipo de capacitação às admissões. Seguem-se os farmacêuticos

e funcionários de serviços gerais (35,7% cada), da lavanderia (21,4%) e do laboratório (14,3%). Em nenhuma instituição foi citada capacitação na admissão do médico.

Tabela 13 – SCIH segundo realização de capacitações dos profissionais às admissões nos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

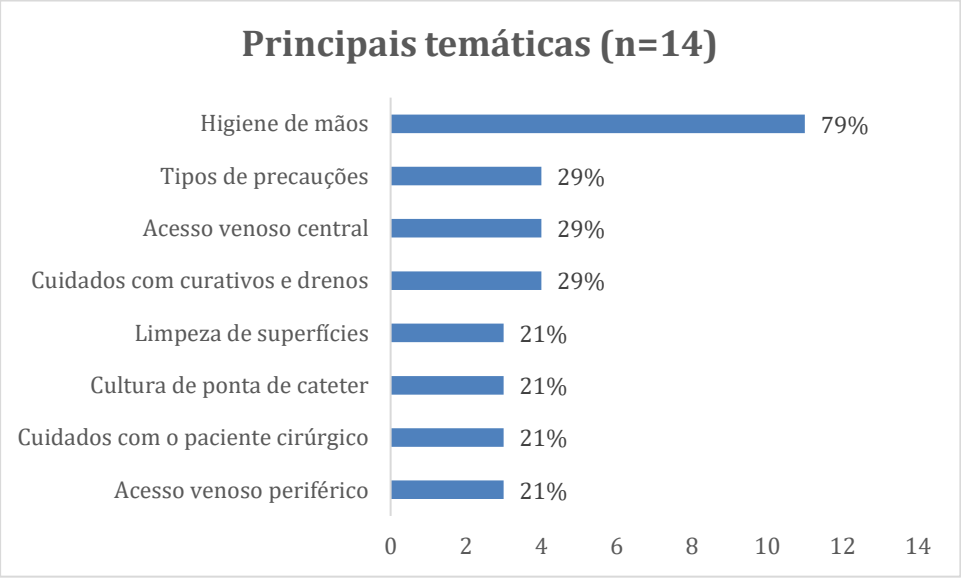
CATEGORIAS CONTEMPLADAS (n=14)	N	%
Enfermeiro	8	57,1
Técnico de Enfermagem	8	57,1
Auxiliar de Enfermagem	8	57,1
Farmacêutico	5	35,7
Serviços Gerais	5	35,7
Lavanderia	3	21,4
Laboratório	2	14,3

Fonte: Próprio autor

Todas as instituições participantes realizam capacitações contínuas aos seus profissionais, com temáticas relacionadas a prevenção e controle de IRAS, comumente conhecidas como educação continuada. As formas mais comuns dessas capacitações pelo SCIH foram aulas teóricas (6-42,9%) e práticas (6-42,9%). Com menor frequência, são realizados treinamentos em serviço (3-21,4%), raros devido à dificuldade que esses hospitais apresentam em ausentar colaboradores do horário de plantão ou de deslocarem os mesmos em dias de folga; campanhas (2-14,3%); discussão de caso e indicadores (1-7,1%); e *workshops* (1-7,1%).

No Gráfico 5, verificam-se as principais temáticas desenvolvidas nas capacitações aos colaboradores, desenvolvidas pelos SCIH dos hospitais, nos últimos dois anos. A higiene de mãos foi o tema abordado com maior frequência (79%), seguidos por tipos de precauções, cuidados com acesso venoso central e cuidados com curativos e drenos utilizados por 29% das instituições. Limpeza de superfícies, cultura de ponta de cateter, cuidados com o paciente cirúrgico e acesso venoso periférico foram abordados com menor frequência cada (21,0%). Outros temas também foram citados em menor escala, tais como: coleta de exames, uso adequado dos antissépticos, o uso correto da água e cuidados com o meio ambiente, desinfecção de materiais, periodicidade de troca de materiais, cuidados com sondagem vesical de demora, cuidados com a ventilação mecânica, infecção de corrente sanguínea e bacterioscopia em lesões.

Gráfico 5 – Principais temáticas desenvolvidas pelo SCIH na realização de capacitações aos profissionais de pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.



Fonte: Próprio autor.

5.4 CONFORMIDADES DOS PCIRAS

A média geral de conformidade dos PCIRAS dos hospitais de pequeno porte participantes do estudo foi de 69,48% com dispersão de 12,34, considerando os resultados obtidos dos quatro indicadores de avaliação aplicados.

Individualmente, os indicadores PCDO-Diretrizes Operacionais para o Controle e Prevenção de IRAS e PCCP-Atividades de Controle e Prevenção de IRAS obtiveram as maiores conformidades, acima de 70,0% (84,5% e 74,5%, respectivamente). O primeiro trata-se de indicador de estrutura. O segundo, de processo (Tabela 14).

O indicador PCDO apresentou o menor desvio padrão de todas as médias. As medianas de ambos os indicadores também foram as mais altas, assim como seus percentis 25 e 75. Os outros dois indicadores, que atingiram conformidades mais baixas (PCET-61,0%; PCVE-57,9%), também apresentaram desvios-padrão mais elevados, ou seja, maior dispersão de pontuações. Suas medianas se mostraram mais elevadas do que as médias, mostrando que 50% dos resultados estão acima das médias gerais, percentis 25 baixos, principalmente o PCVE-Vigilância Epidemiológica de IRAS, e percentis 75 mais elevados, ressaltando-se novamente o de vigilância epidemiológica (Tabela 14).

Tabela 14 – Conformidade dos indicadores de avaliação dos PCIRAS segundo estatística descritiva, nos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

Indicadores (n=14)	Média (dp)	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
1 - Estrutura técnico-operacional (PCET)	61,0 (20,3)	45,7	64,1	69,2
2 - Diretrizes operacionais (PCDO)	84,5 (18,7)	73,3	93,3	100,0
3 - Vigilância epidemiológica (PCVE)	57,9 (39,5)	11,1	72,2	90,0
4 - Atividades de controle e prevenção (PCCP)	74,5 (24,1)	67,7	82,1	91,3

Fonte: Próprio autor

Para melhor explicitar as eficiências e deficiências em relação à conformidade desses PCIRAS, são dispostas, a seguir, as médias das conformidades específicas de cada um dos componentes dos indicadores de avaliação aplicados.

Em relação ao indicador PCET, os componentes mais problemáticos estão relacionados à estrutura de recursos humanos, pela baixa conformidade de existência de dois profissionais com nível superior exclusivo (7,1%) e, em consequência, por também não haver outro profissional exclusivo com nível superior atuando ao menos 4 horas/dia (7,1%) no SCIH. A ausência de enfermeiro com dedicação exclusiva (21,4%) ao SCIH também foi um fator de baixa conformidade. Já a estrutura de recursos materiais obteve alta conformidade, com todos possuindo suporte de laboratório (100%), e acima de 90,0% dispondo de dados estatísticos, informatização, realização de reuniões periódicas (Tabela 15).

Tabela 15 – Conformidades dos componentes do indicador PCET- Estrutura técnico-operacional do PCIRAS em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

Indicador 1 - PCET - Estrutura técnico-operacional do PCIRAS (n=14)	
Componente	**% de conformidade**
Representação de membros da CCIH (PCETMS)	71,4
Regimento (PCETRG)	78,6
Dois profissionais exclusivos com nível superior (PCETPE)	7,1
Enfermeiro com dedicação exclusiva (PCETDE)	21,4
Outro profissional exclusivo 4 horas/dia (PCETDO)	7,1
Reuniões periódicas (PCETRP)	92,9
Suporte de laboratório (PCETMP)	100,0
Espaço físico delimitado (PCETEF)	57,1
Informatização (PCETRI)	92,9
Disponibilização de dados estatísticos (PCETRE)	92,9

Fonte: Próprio autor

O componente de menor conformidade do indicador de estrutura PCDO foi referente às diretrizes operacionais sobre recomendações para lavagem e higienização de roupas, mesmo assim, com resultado acima de 50%. Demais componentes obtiveram conformidade acima de 70%, sendo que a grande maioria esteve acima de 80,0% (Tabela 16).

Tabela 16 – Conformidades dos componentes do indicador PCDO-Diretrizes operacionais de controle e prevenção de IRAS, aplicados em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

Indicador 2 - PCDO - Diretrizes operacionais de controle e prevenção de IRAS (n=14)	
Componente	**% de conformidade**
Recomendações para acidentes perfurocortantes (PCDOPB)	92,9
Recomendações para descarte de resíduos (PCDORS)	71,4
Recomendações para doenças respiratórias (PCDOIR)	78,6
Recomendações para infecções urinárias (PCDOIU)	92,9
Recomendações para infecções de corrente sanguínea (PCDOCS)	85,7
Recomendações para infecções de sítio cirúrgico (PCDOSC)	83,3
Recomendações para isolamentos (PCDOPI)	90,9
Recomendações para uso de antibióticos profiláticos (PCDOAB)	80,0
Padronização de germicidas e antissépticos (PCDOGA)	71,4
Recomendações para limpeza, desinfecção e esterilização (PCDOME)	100,0
Recomendações para higienização de mãos (PCDOLM)	92,9
Recomendações para limpeza e desinfecção de superfícies (PCDOLS)	100,0
Recomendações para lavagem e higienização de roupas (PCDOLV)	57,1
Recomendações para coleta de culturas (PCDOMC)	83,3
Recomendações para técnicas de curativos (PCDOCU)	92,9

Fonte: Próprio autor

Em relação ao indicador de processo PCVE, que obteve a menor conformidade geral (57,9%), nota-se que mais da metade dos seus componentes apresenta médias individuais inferiores a 70%. Embora 71,4% dessas CCIH realizem vigilância epidemiológica de IRAS, ela se concentra em unidades de maior risco (75,0%) e pouco mais da metade utiliza o método ativo (64,3%). E, embora a maioria (71,4%) produza relatórios dos resultados dessa atividade, conformidades menores foram obtidas em relação à divulgação e análise dos mesmos, variando de 35,7% a 57,1% (Tabela 17).

Tabela 17 – Conformidades dos componentes do indicador 3-PCVE- Sistema de vigilância epidemiológica de IRAS, aplicados em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

Indicador 3 - PCVE - Sistema de vigilância epidemiológica de IRAS (n=14)	
Componente	**% de conformidade**
Realiza vigilância epidemiológica (PCVEIH)	71,4
Vigilância epidemiológica por busca ativa (PCVEBA)	64,3
Busca ativa em unidades de maior risco (PCVEUR)	75,0
Monitora resultados microbiológicos de culturas (PCVEMI)	64,3
Possui critérios para diagnóstico de IH (PCVECD)	64,3
Produz relatórios dos resultados da VE (PCVERE)	71,4
Relatórios com alterações de perfil epidemiológico (PCVEAL)	35,7
Relatórios correlacionam resultados e estratégias (PCVECP)	42,9
Relatórios são disponibilizados a diversos setores (PCVESS)	50,0
Relatórios são disponibilizados a órgãos públicos (PCVEOP)	57,1

Fonte: Próprio autor

Quanto ao indicador processual PCCP – Atividades de controle e prevenção de IRAS, dois de seus componentes perfizeram 0,0% de conformidade em todos os hospitais estudados: Unidade de diálise (PCCPDI) e Laboratório de Anatomia Patológica (PCCPAP). No entanto, a média da somatória dos demais componentes existentes apresentou alta conformidade (74,5%). Pelo que se pôde constatar durante as entrevistas, tal fato é decorrente do pequeno número de hospitais que dispõem de alguns serviços, bem como terceirização e dificuldade em realizar auditorias e consultorias em serviços terceirizados. Os seguintes componentes não atingiram médias de conformidade superiores a 70%: unidade de diálise (0,0%), presente em uma única instituição que não realiza estas atividades no setor; banco de sangue (50,0%), presente em apenas duas instituições; laboratório de análises clínicas (50,0%), na maioria terceirizado; laboratório de anatomia patológica (0,0%), presente em poucas instituições e em todas são de origem terceirizada; e ambulatório (58,3%) (Tabela 18).

Tabela 18 – Conformidades dos componentes do indicador PCCP-Atividades de controle e prevenção de IRAS, aplicados em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

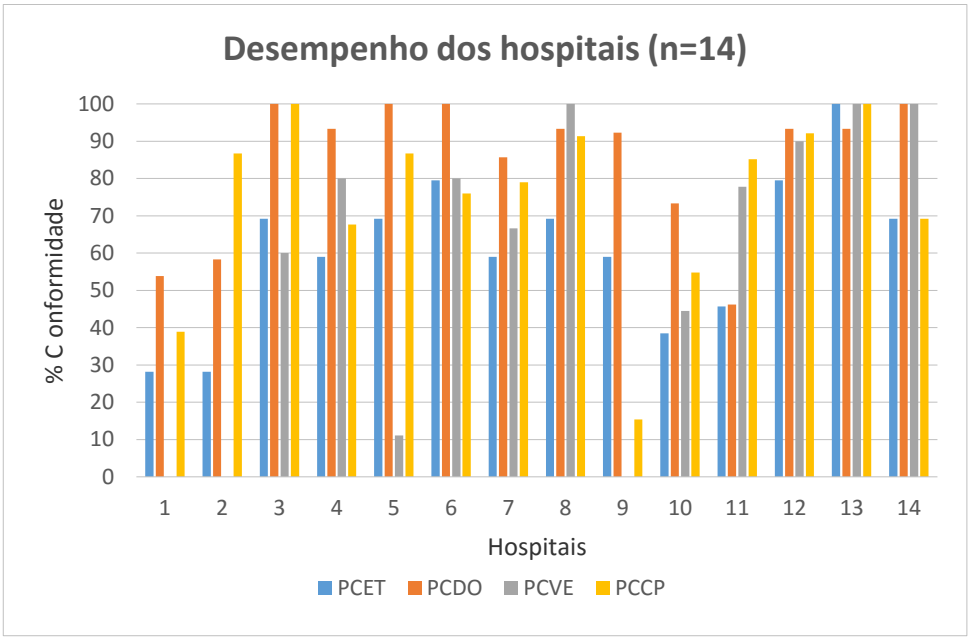
Indicador 4 – PCCP – Atividades de controle e prevenção de IRAS (n=14)	
Componente	**% de conformidade**
Unidade de diálise (PCCPDI)	0,0
Banco de sangue (PCCPBS)	50,0
Laboratório de Análises Clínicas (PCCPAC)	50,0
Laboratório de Anatomia Patológica (PCCPAP)	0,0
Unidades de internação (PCCPUI)	85,7
Unidades de Terapia Intensiva (PCCPUT)	100,0
Berçário (PCCPBE)	80,0
Central de Material e Esterilização (PCCPCM)	100,0
Centro Cirúrgico (PCCPCC)	100,0
Pronto-socorro (PCCPPS)	92,3
Ambulatório (PCCPAM)	58,3
Serviço de Farmácia (PCCPSF)	92,9
Serviço de Nutrição e Dietética (PCCPSN)	71,4
Participação na aquisição de produtos (PCCPDT)	78,6

Fonte: Próprio autor

Abaixo, o Gráfico 6 apresenta o resultado individual de cada hospital por indicador. Observa-se grande variação de desempenho dos PCIRAS entre os hospitais. Embora somente o hospital 1 apresente todos os seus indicadores com conformidade abaixo de 70%, destaca-se a ausência do indicador PCVE – Atividades de vigilância epidemiológica nos hospitais 1, 2 e 9. Este último também apresenta muito baixa conformidade no indicador PCCP – Atividades de prevenção e controle de IRAS.

É importante ressaltar que os hospitais 13 e 14 consorciam suas atividades de prevenção e controle de IRAS e, no entanto, apresentam conformidades bem diferentes, principalmente para este último, com conformidades e tempo empregado para realização da atividade mais baixos.

Gráfico 6 – Desempenho individual dos PCIRAS dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.



Fonte: Próprio autor

5.5 ASSOCIAÇÃO DE CONFORMIDADES DOS PCIRAS

As variáveis previamente selecionadas para associar com resultados das conformidades dos PCIRAS das instituições correspondem a:

- Entidades mantenedoras: públicas x privadas;
- UTI x sem UTI;
- Acreditação x sem acreditação;
- Representação do SCIH: médico/enfermeiro/outros x outras representações;
- Carga horária diária do enfermeiro do SCIH: inferior a 6 horas x igual ou superior a 6 horas;
- Carga horária diária do segundo profissional do SCIH, além do enfermeiro: inferior a 4 horas x igual ou superior a 4 horas.

5.5.1 Pequenos hospitais públicos e privados

A Tabela 19 demonstra que todas as médias e medianas das conformidades dos PCIRAS dos hospitais públicos encontram-se com pontuações abaixo das instituições privadas. A maior deficiência das instituições públicas concentra-se nos indicadores

PCET e PCVE, relacionados à estrutura técnico-operacional dos PCIRAS e ao sistema de vigilância epidemiológica de IRAS, que atingiram conformidades de 26,7% e 48,7%, respectivamente. Já, a deficiência das instituições privadas encontra-se mais veementemente no indicador PCET, com conformidade média de 64,3%. Não houve, contudo, diferença estatisticamente significativa para nenhum dos indicadores associados à entidade mantenedora.

É importante destacar que, pela semelhança de características entre as únicas entidades mantenedoras filantrópicas e mistas encontradas com as instituições privadas, ambas foram alocadas em acordo com a classificação da entidade mantenedora privada.

Tabela 19 – Estatísticas descritivas das conformidades dos indicadores dos PCIRAS segundo entidade mantenedora, dos pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

Indicadores de Avaliação	Ent. Mant.	N	Média	dp	Mín.	Mediana	Máx.	Valor-P
Estrutura técnico-operacional do PCIRAS (PCET)	Privada	11	64,3	20,4	28,2	69,2	100,0	0,154
	Pública	3	48,7	17,8	28,2	59,0	59,0	
Diretrizes operacionais de controle e prevenção de IRAS (PCDO)	Privada	11	85,4	19,3	46,2	93,3	100,0	0,426
	Pública	3	81,3	19,9	58,3	92,3	93,3	
Sistema de vigilância epidemiológica de IRAS (PCVE)	Privada	11	66,4	35,0	0,0	77,8	100,0	0,157
	Pública	3	26,7	46,2	0,0	0,0	80,0	
Atividades de controle e prevenção de IRAS (PCCP)	Privada	11	79,4	19,0	38,9	85,2	100,0	0,212
	Pública	3	56,6	36,9	15,4	67,7	86,7	

Fonte: Próprio autor

5.5.2 Pequenos hospitais com e sem UTI

As instituições que possuem UTI apresentam conformidades mais altas em todos os indicadores de avaliação aplicados, em comparação àquelas que não possuem o serviço. Essas diferenças se acentuam nos indicadores PCET e PCVE, coincidindo com os resultados entre as entidades mantenedoras públicas e privadas. Os hospitais que não possuem UTI apresentam maiores deficiências em estrutura técnico-operacional e em sistema de vigilância epidemiológica com conformidades médias baixas/grandes variâncias (55,0%/17,5 e 48,2%/38,9, respectivamente). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para os indicadores de estrutura técnico-operacional (PCET) e vigilância epidemiológica (PCVE), o que nos permite afirmar que os dados são compatíveis com a associação entre existência de UTI e maiores conformidades nos indicadores citados (Tabela 20).

Tabela 20 – Estatísticas descritivas das conformidades dos indicadores dos PCIRAS, segundo presença de UTI, em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

Indicadores de Avaliação	UTI	N	Média	dp	Mín.	Mediana	Máx.	Valor-P
Estrutura técnico-operacional do PCIRAS (PCET)	Não	11	55,0	17,5	28,2	59,0	79,5	0,032
	Sim	3	83,0	15,7	69,2	79,5	100,0	
Diretrizes operacionais de controle e prevenção de IRAS (PCDO)	Não	11	81,5	20,1	46,2	92,3	100,0	0,265
	Sim	3	95,6	3,9	93,3	93,3	100,0	
Sistema de vigilância epidemiológica de IRAS (PCVE)	Não	11	48,2	38,9	0,0	60,0	100,0	0,041
	Sim	3	93,3	11,5	80,0	100,0	100,0	
Atividades de controle e prevenção de IRAS (PCCP)	Não	11	70,5	25,4	15,4	79,0	100,0	0,212
	Sim	3	89,1	12,2	76,0	91,3	100,0	

Fonte: Próprio autor

5.5.3 Hospitais com e sem acreditação/certificação

As instituições que possuem acreditação/certificação, no geral, apresentaram conformidades acima de 70,0%, exceto uma, que obteve conformidade inferior, apontando deficiências na estrutura técnico-operacional do PCIRAS, conforme pode ser observado na Tabela 21. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para nenhum dos indicadores em relação à presença de acreditação.

Tabela 21 – Intervalos das conformidades dos indicadores dos PCIRAS segundo presença de acreditação/certificação, em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

Indicadores de Avaliação	Conformidades dos indicadores	Acreditação - n (%)		TOTAL n (%)	Valor-P
		Não	Sim		
Estrutura técnico-operacional do PCIRAS (PCET)	[0,0-70,0%[	10 (71,5)	1 (7,1)	11 (78,6)	0,396
	[70,0-100%]	2 (14,3)	1 (7,1)	3 (21,4)	
Diretrizes operacionais de controle e prevenção de IRAS (PCDO)	[0,0-70,0%[	3 (21,4)	0 (0,0)	3 (21,4)	1,000
	[70,0-100%]	9 (64,3)	2 (14,3)	11 (78,6)	
Sistema de vigilância epidemiológica de IRAS (PCVE)	[0,0-70,0%[	7 (50,0)	0 (0,0)	7 (50,0)	0,462
	[70,0-100%]	5 (35,7)	2 (14,3)	7 (50,0)	
Atividades de controle e prevenção de IRAS (PCCP)	[0,0-70,0%[	5 (35,7)	0 (0,0)	5 (35,7)	0,506
	[70,0-100%]	7 (50,0)	2 (14,3)	9 (64,3)	

Fonte: Próprio autor

5.6.4 Representação do SCIH

Segundo a Portaria 2616/98, os membros da CCIH dos hospitais pequenos com número de leitos igual ou inferior a setenta devem ser, ao menos, o médico e o enfermeiro. O SCIH deverá ter, no mínimo, dois profissionais com nível superior na área de saúde para cada 200 leitos ou fração deste número (BRASIL, 1998).

Partindo do princípio de que os pequenos hospitais da região estudada possuem basicamente os mesmos profissionais para os serviços de CCIH e SCIH, os profissionais do SCIH foram subclassificados como representados por enfermeiro/médico/outros e outras representações que, no caso, podem incluir (somente o enfermeiro e somente o farmacêutico).

As instituições que contam com outras representações além de enfermeiro/médico/outros apresentaram conformidades abaixo de 70,0%, exceto uma, que obteve conformidade maior, apontando bom desempenho nas atividades de controle e prevenção de IRAS, conforme pode ser observado na Tabela 22. Foi encontrado valor de P estatisticamente significativo para o indicador de diretrizes operacionais de controle e prevenção de IRAS (PCDO), o que nos permite afirmar que os dados são compatíveis com associação entre representação do SCIH por enfermeiros/médicos/outros e maior conformidade no indicador citado.

Tabela 22 – Intervalos das conformidades dos indicadores dos PCIRAS segundo representação do SCIH, em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

Indicadores de Avaliação	Conformidades dos indicadores	Representação do SCIH - n (%)		TOTAL n (%)	Valor-P
		Enferm/médico/outros	Outras		
Estrutura técnico-operacional do PCIRAS (PCET)	[0,0-70,0%[	9 (64,3)	2 (14,3)	11 (78,6)	1,000
	[70,0-100%]	3 (21,4)	0 (0,0)	3 (21,4)	
Diretrizes operacionais de controle e prevenção de IRAS (PCDO)	[0,0-70,0%[	1 (7,1)	2 (14,3)	3 (21,4)	0,033
	[70,0-100%]	11 (78,6)	0 (0,0)	11 (78,6)	
Sistema de vigilância epidemiológica de IRAS (PCVE)	[0,0-70,0%[	5 (35,7)	2 (14,3)	7 (50,0)	0,462
	[70,0-100%]	7 (50,0)	0 (0,0)	7 (50,0)	
Atividades de controle e prevenção de IRAS (PCCP)	[0,0-70,0%[	4 (28,6)	1 (7,1)	5 (35,7)	1,000
	[70,0-100%]	8 (57,1)	1 (7,1)	9 (64,2)	

Fonte: Próprio autor

5.6.5 Carga horária diária do enfermeiro do SCIH

As conformidades dos indicadores associados à carga horária diária exclusiva do enfermeiro, que deve ser no mínimo de 6 horas, estão apresentadas na Tabela 23. Observando os hospitais que possuem enfermeiros com 6 horas diárias ou mais, constata-se que todos os indicadores obtiveram conformidades de 70% ou mais, demonstrando que os serviços que dispõem de enfermeiro com carga horária exclusiva destinada a prevenção e controle de IRAS obtiveram melhor desempenho. Foi observada diferença estatisticamente significativa para o indicador de estrutura técnico-operacional do PCIRAS (PCET), o que nos permite afirmar que os dados são compatíveis com associação entre carga horária do enfermeiro igual ou superior a 6 horas e maior conformidade no indicador citado.

Tabela 23 – Intervalos das conformidades dos indicadores dos PCIRAS, segundo carga horária diária do enfermeiro do SCIH, em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

Indicadores de Avaliação	Conformidades dos indicadores	Carga horária (enfermeiro) - n (%)		TOTAL n (%)	Valor-P
		< 6 horas	≥ 6 horas		
Estrutura técnico-operacional do PCIRAS (PCET)	[0,0-70,0%[	10 (76,9)	0 (0,0)	10 (76,9)	0,003
	[70,0-100%]	0 (0,0)	3 (23,1)	3 (23,1)	
Diretrizes operacionais de controle e prevenção de IRAS (PCDO)	[0,0-70,0%[	2 (15,4)	0 (0,0)	2 (15,4)	1,000
	[70,0-100%]	8 (61,5)	3 (23,1)	11 (84,6)	
Sistema de vigilância epidemiológica de IRAS (PCVE)	[0,0-70,0%[	6 (46,2)	0 (0,0)	6 (46,2)	0,192
	[70,0-100%]	4 (30,8)	3 (23,1)	7 (53,9)	
Atividades de controle e prevenção de IRAS (PCCP)	[0,0-70,0%[	5 (38,5)	0 (0,0)	5 (38,5)	0,231
	[70,0-100%]	5 (38,5)	3 (23,1)	8 (61,6)	

Fonte: Próprio autor

5.6.6 Carga horária diária do segundo profissional do SCIH

As conformidades dos indicadores associados à carga horária diária exclusiva do segundo profissional de nível superior atuando no SCIH, que deve ser no mínimo de 4 horas, estão apresentadas na Tabela 24. Observando os hospitais que possuem esse profissional com carga horária inferior a 4 horas diárias, não é possível notar associação relacionada. No entanto, constata-se que os profissionais com carga horária igual ou superior a quatro horas apresentaram todos os indicadores com conformidades de 70% ou mais, demonstrando que os serviços que dispõem do

profissional com carga horária de 4 horas ou mais exclusiva e destinada a prevenção e controle de IRAS obtiveram melhor desempenho (Tabela 24). Não foi observado valor de P estatisticamente significativo para nenhum dos indicadores de avaliação em relação à associação com a carga horária do outro profissional do SCIH.

Tabela 24 – Intervalos das conformidades dos indicadores dos PCIRAS, segundo carga horária diária do segundo profissional do SCIH, além do enfermeiro, em pequenos hospitais do DRS XVII de Taubaté, 2015-2016.

Indicadores de Avaliação	Conformidades dos indicadores	Carga horária segundo profissional - n (%)		TOTAL n (%)	Valor-P
		< 4 horas	≥ 4 horas		
Estrutura técnico-operacional do PCIRAS (PCET)	[0,0-70,0%[	10 (76,9)	0 (0,0)	10 (76,9)	0,231
	[70,0-100%]	2 (15,4)	1 (7,7)	3 (23,1)	
Diretrizes operacionais de controle e prevenção de IRAS (PCDO)	[0,0-70,0%[	2 (15,4)	0 (0,0)	2 (15,4)	1,000
	[70,0-100%]	10 (76,9)	1 (7,7)	11 (84,6)	
Sistema de vigilância epidemiológica de IRAS (PCVE)	[0,0-70,0%[	6 (46,2)	0 (0,0)	6 (46,2)	1,000
	[70,0-100%]	6 (46,2)	1 (7,7)	7 (53,9)	
Atividades de controle e prevenção de IRAS (PCCP)	[0,0-70,0%[	4 (30,8)	0 (0,0)	4 (30,8)	1,000
	[70,0-100%]	8 (61,5)	1 (7,7)	9 (69,2)	

Fonte: Próprio autor

É importante ressaltar que nenhum resultado de comparação entre quantidades pequenas é definitivo ou conclusivo, dada a incerteza inerente aos pequenos números, portanto, a maioria das associações não atingiram significância estatística – embora nos forneçam um aparente panorama da situação específica.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A assistência à saúde é desafiada por eventos adversos denominados Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), que representam expressivas taxas de morbimortalidade e custos hospitalares. O controle e a prevenção de sua ocorrência em situações evitáveis são amplamente reconhecidos como referência na qualidade da assistência e na Segurança do Paciente (DALTOÉ et al*.,* 2014).

As medidas de controle e prevenção de IRAS alicerçam todas as boas práticas da promoção da saúde e, dentro de um hospital, elas fundamentam todos os processos, desde uma simples e não menos importante limpeza de superfície, até procedimentos invasivos de grande porte, que inevitavelmente implicarão na Segurança do Paciente e do próprio profissional de saúde.

No entanto, as IRAS ainda são vistas como complicações inerentes aos cuidados de saúde, e pouco se considera a despeito dos eventos adversos atrelados à baixa qualidade assistencial prestada. E, apesar do imenso conteúdo teórico e legal sobre organização e implementação de Programas de Controle de IRAS (PCIRAS), ainda são imensos os desafios para garantir uma assistência segura direcionada a prevenção e controle de IRAS (MENEGUETI, 2013).

Desse modo, a avaliação da qualidade dos PCIRAS é imprescindível para o processo de melhoria contínua, principalmente nos pequenos hospitais, que possuem características específicas e são pouco estudados, havendo uma lacuna de conhecimento para uma abordagem satisfatória nesse sentido.

O escopo deste estudo é reconhecer o desempenho dos PCIRAS de pequenos hospitais pertencentes ao DRS XVII do estado de São Paulo. Acredita-se que esses resultados irão contribuir para o reconhecimento da realidade desses hospitais no quesito da qualidade das práticas desenvolvidas e auxiliarão no desenvolvimento de normatizações futuras direcionadas a essas instituições.

Para atingir os objetivos do estudo foram aplicados indicadores clínicos, previamente validados, sobre estrutura e atuação dos PCIRAS, utilizados em diversos estudos e localidades (SILVA, 2005, 2010; LIMA, 2011, LYRIO, 2012, MENEGUETI, 2013, ALVES, 2015) – no entanto, não exclusivamente em hospitais de pequeno porte.

O interesse em estudar sobre avaliação de PCIRAS em hospitais de pequeno porte advém da necessidade de mensurar qualidade atrelada a estrutura e processo nessas instituições, tomando conhecimento das dificuldades existentes.

6.1 DO PROCESSO DE DEFINIÇÃO DA AMOSTRA DOS HOSPITAIS

A pesquisa foi realizada no DRS XVII do estado de São Paulo, em virtude da impossibilidade de se trabalhar com todo o estado, em decorrência de problemáticas que envolvem grande extensão territorial, amplo tempo de viagem, elevado custo financeiro e prazo de finalização da pesquisa.

No entanto, considera-se importante a avaliação dos PCIRAS de pequenos hospitais de outras localidades estaduais e interestaduais, de modo que se possa comparar possíveis diferenças ou semelhanças regionais.

Em relação ao cenário do estudo, dos 27 pequenos hospitais abaixo de setenta leitos, que constituíram a amostra total de acesso, catorze (51,9%) contribuíram com a pesquisa, totalizando uma parcela significativa para o reconhecimento dos PCIRAS da região, constituída por 39 municípios. No entanto, muitos deles não possuem instituições hospitalares, de maneira que esses hospitais estão distribuídos em nove de doze cidades dessa regional de saúde.

Semelhantemente a outras pesquisas junto a instituições de saúde, foi trabalhosa a obtenção de autorização de participação. Poucos hospitais da amostra de acesso retornaram o contato por *e-mail*. Diante dessa dificuldade, tentou-se estabelecer contato pessoalmente, no entanto, essa ação também não obteve resultados favoráveis, pois não se conseguia agendar horário devido à falta de tempo do profissional da instituição, e sem agendamento, não era possível realizar uma breve reunião. Sendo assim, a melhor solução encontrada foi insistir nas tentativas de contato telefônico, que obtiveram melhor êxito. Foram, em média, de dez a quinze contatos telefônicos por hospital, em um intervalo de aproximadamente cinco meses. Os profissionais contatados eram, em geral, enfermeiros ou médicos da CCIH. No entanto, também foram estabelecidos contatos com Diretores de hospitais em menor escala.

Ao utilizar essa metodologia, foram necessários seis meses para a finalização da coleta de dados. Treze hospitais gerais e especializados, públicos, privados e mistos não participaram da pesquisa, concluindo-se que não houve interesse. No entanto, ressalta-se que aproximadamente 50% dessas instituições não responderam negativamente, apenas protelaram respostas e contatos.

Dentre os participantes, apenas uma coleta de dados foi realizada com o médico, as demais foram realizadas com enfermeiros da CCIH.

De maneira geral, houve interesse dos profissionais membros da CCIH a despeito da pesquisa em desenvolvimento, bem como de seus futuros resultados. As entrevistas transcorreram naturalmente, e os entrevistados colocaram-se à disposição para atender às solicitações. Entretanto, em alguns momentos ocorreram interrupções e até encerraram-se as entrevistas em decorrência da necessidade do serviço.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DA AMOSTRA DE ACESSO

Este estudo foi pioneiro em aplicar um instrumento de avaliação de PCIRAS somente em instituições de pequeno porte e, assim, obter um panorama geral dessas instituições na região.

Um grande empecilho para detectar a realidade dos pequenos hospitais é que estudos realizados previamente, em geral, consideraram somente hospitais a partir de porte médio, ou seja, acima de setenta leitos, ou então, não destacaram características variantes por capacidade de leitos. De qualquer modo, impossibilitando reconhecer as condições específicas dos PCIRAS de pequenos hospitais em relação aos demais.

Para compreendermos melhor a amostra elegível, caracterizamos o perfil dos hospitais não participantes, uma vez que podem apresentar diferenças relevantes e interferir na capacidade de generalização dos achados.

O número médio de leitos entre os hospitais participantes e não participantes foi equiparável, com mediana de trinta leitos. No entanto, os hospitais não participantes apresentaram maior variância. Houve maior abstenção na participação de hospitais públicos e mistos, assim como os que não possuem UTI (46,2%). Tais achados limitam a capacidade de generalização dos resultados para além de hospitais privados e sem UTI.

O estudo trabalhou com a amostra de aceitação dos hospitais elegíveis, independentemente do número de hospitais que rejeitaram participar. Dessa forma, outra possível limitação é a existência de hospitais de pequeno porte não cadastrados no CNES no período da pesquisa amostral.

Houve equivalência de instituições públicas e privadas participantes (50,0% e 56,3%, respectivamente) em relação às não participantes (50,0% e 43,7%, respectivamente). Já as instituições mistas participaram menos (25%) e a participação das filantrópicas foi 100%.

Um estudo realizado em Campinas, no estado de São Paulo, que procurou identificar os maiores problemas e deficiências no controle de IRAS, foi um dos poucos que analisaram a questão dos pequenos hospitais. Foram analisadas 28 CCIH, sendo dois hospitais universitários (um público e um privado), quatro hospitais públicos e 22 hospitais não públicos. Foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas entre os hospitais pesquisados, no que concerne a tamanho, poder aquisitivo e financeiro e presença de atividades de ensino. Considerando a estratificação por tamanho, os pequenos hospitais apresentaram pior organização de CCIH, além de política administrativa e infraestrutura deficiente; aparentemente, nesses hospitais os PCIRAS existem apenas para cumprir exigências legais. O estudo concluiu que as atividades de prevenção e controle de infecção nos hospitais da região estudada mostram-se subdesenvolvidas, sendo que os pequenos hospitais apresentam problemas em relação a um controle eficaz, inadequado ao modelo proposto pelo Ministério da Saúde (OLIVEIRA; BRANCHINI, 1999).

Os resultados do presente estudo, por sua vez, mostram que mais de 50% da amostra elegível localiza-se em grandes centros urbanos, presta assistência geral e destina poucos leitos a reabilitação (5,4%), pacientes crônicos (10,8%), isolamento (18,9%) e UTI (35,1%), denotando que, de forma geral, esses pequenos hospitais não atendem procedimentos complexos de intervenção. Provavelmente esses serviços são referenciados a hospitais de maior complexidade.

Segundo definição do Ministério da Saúde, hospital geral é:

> [Aquele] destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) de média complexidade. Podendo ter ou não Serviços Integrados de Patologia e Citologia (SIPAC). (BRASIL, 2016)

Estudos prévios, ao avaliarem os PCIRAS com metodologia semelhante, obtiveram resultados que corroboram com os do presente estudo, nos quais predominaram hospitais gerais, sendo 80,0% na cidade de São Paulo/SP (SILVA, 2010), 70% na cidade de Terezina/PI (LIMA, 2011), 69,2% em Ribeirão Preto/SP (MENEGUETI, 2013) e 82,0% no estado do Paraná (ALVES, 2015).

Os grandes centros urbanos possuem mais recursos hospitalares, incluindo maior número de hospitais gerais e especializados. Como já exposto previamente, a Região Vale do Paraíba, mais desenvolvida tecnologicamente e com maior densidade populacional, conforme esperado, abrangeu 64,3% dos hospitais estudados, tendo 56,3% das instituições participantes. Alves (2015) também obteve maior número de hospitais participantes na macrorregional que continha a capital do estado do Paraná (12-41,3%).

O presente estudo demonstra que os pequenos hospitais também possuem os serviços de assistência mais comuns aos hospitais de maior porte, tais como pronto-socorro, centro cirúrgico, ambulatório, clínicas médica, cirúrgica e pediátrica (ALVES, 2015, LIMA, 2011, MENEGUETI, 2013). Neste caso, os mais frequentes corresponderam a pronto-socorro (85,7%), clínica médica (78,6%), pediatria (78,6%) e clínica cirúrgica (71,4%).

Contudo, ainda no quesito serviços de assistência, a frequência de centro cirúrgico e UTI (71,4% e 21,4%, respectivamente) foi abaixo dos demais estudos que avaliaram PCIRAS, como nos hospitais de Ribeirão Preto (100% e 61,5%, respectivamente) (MENEGUETI, 2013), do estado do Paraná (100% e 70,0%, respectivamente) (ALVES, 2015) e de Teresina (90,0% e 90,0%, respectivamente) (LIMA, 2011). Tal resultado possivelmente está relacionado com a maior complexidade dos hospitais de maior porte.

Alves (2015) encontrou que 34% dos hospitais do estado do Paraná possuíam laboratório de análises clínicas próprio, dado inferior ao encontrado no presente estudo (43%). Tal fato provavelmente seja consequência da ausência de demanda

para a execução desses serviços terceirizados em cidades pequenas e interioranas, que compuseram o estudo citado.

O Núcleo de Segurança do Paciente, recentemente incorporado à legislação brasileira, ainda está em processo de implantação na maioria das instituições, visto que se evidenciou que somente três hospitais (21,4%) dispunham do serviço, coordenados por enfermeiro, ainda que com funções compartilhadas, pois funcionam sob participações em comissões técnicas para desenvolvimento e implantação. O mesmo foi evidenciado por Alves (2015) no estado do Paraná, corroborando com os achados deste trabalho.

A Cirurgia Segura faz parte do Núcleo de Segurança do Paciente, no entanto, parece estar mais veementemente implantada nas pequenas instituições (70,0%) do que propriamente o NSP (21,4%) – talvez ela seja precursora da implantação do serviço. Alves (2015) evidenciou que 6,5% dos enfermeiros do SCIH também participam de comissões técnicas de Cirurgia Segura. Tal fato não reflete que os hospitais do Paraná possuem pouco implantado o serviço, e sim, que os enfermeiros do SCIH de instituições de médio e grande porte participam deste e de outros tipos de comissões técnicas.

A acreditação é um sistema de avaliação e certificação de qualidade em serviços de saúde, de caráter educativo e direcionado à melhoria contínua. Foi na década de 1990 que os governos e as instituições de saúde começaram a se preocupar com a avaliação desses serviços, período no qual tiveram início as primeiras iniciativas regionais de acreditação. A Organização Nacional de Acreditação (ONA), fundada em 1999, está fortemente ligada às mudanças de saúde no sistema brasileiro (ONA, 2016).

A presença de acreditação foi baixa nas instituições estudadas na região do DRS XVII do estado de São Paulo, apenas 14,3%. Estudos semelhantes evidenciaram frequência mais alta de acreditações, como o de Alves (2015), junto a hospitais do estado do Paraná, 20,0%, e o de Silva (2010), junto a hospitais da cidade de São Paulo, 50,0%. Tal fato demonstra o quanto o processo de certificação ainda é, provavelmente, uma iniciativa recente em todo o País, em especial para pequenos hospitais.

6.3 CCIH

A legislação brasileira permite que os hospitais de menor capacidade de leitos se consorciem, visando a utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos para a implantação e manutenção de PCIRAS. Contudo, ela não define e estabelece detalhadamente como deve ser estabelecido esse consórcio, somente fornece um delineamento superficial (BRASIL, 1998).

No entanto, o estudo em questão, pioneiro em aplicar avaliação dos PCIRAS somente a pequenos hospitais, encontrou que a grande maioria deles possuía CCIH de natureza própria (85,7%), e apenas em dois casos era consorciada (4,3%). Tal fato evidencia quão incomum é a prática do consórcio institucional de PCIRAS nesses hospitais, ou seja, não prevalecendo essa possibilidade que, inclusive, tem condições de otimizar recursos humanos e materiais.

Todos os pequenos hospitais participantes que possuíam enfermeiros e médicos em sua composição da CCIH utilizavam-se destes mesmos profissionais para a formação dos membros consultores e executores, de modo que os hospitais que consorciavam seus recursos não eram exceção.

Alves (2015) evidenciou que a CCIH dos hospitais do Paraná possui 100% dos serviços representados por enfermeiros; 98%, por médicos e administradores; 96%, por farmacêuticos e 70%, por bioquímicos. Neste estudo, os achados foram inferiores, encontrando-se 93% de enfermeiros, 86% de médicos, 79% de administradores e 71% de farmacêuticos, o que pode sugerir um déficit de recursos humanos qualificados nas pequenas instituições.

A Portaria 2616/98 estabelece como serviços representantes da CCIH: medicina, enfermagem, farmácia, microbiologia e administração. Destacando que hospitais com número de leitos igual ou inferior a setenta deverão atender minimamente os serviços médico e de enfermagem (BRASIL, 1998). Portanto, os serviços que não possuem médicos e enfermeiros na composição da CCIH não somente se encontram em desacordo com a legislação vigente, como possivelmente comprometem a viabilização e o direcionamento de suas ações.

Os enfermeiros da CCIH acabam por participar de várias comissões técnicas, seja por conhecimento relacionado na área ou por necessidade da instituição. Evidenciou-se que as maiores representações dos enfermeiros da CCIH em comissões técnicas foram dadas na comissão de revisão de prontuários (63%),

comissão de óbitos (63%) e núcleo de Segurança do Paciente (38%). No Paraná, Alves (2015) encontrou participações mais densas em comissão de óbitos (32,3%), comissão de qualidade (25,8%), comissão de padronização de materiais (25,8%) e Segurança do Paciente (25,8%).

Nos pequenos hospitais da região estudada, aproximadamente 25% dos membros de CCIH participantes encontram-se inseridos na política de Segurança do Paciente. É importante que essa participação se torne um processo ascendente para a consolidação do programa entre os pequenos hospitais.

Conforme já apresentado, a existência de centro cirúrgico não é uma realidade de todo pequeno hospital, visto que somente dez (71,4%) das instituições participantes dispõem do serviço. O número de cirurgias mensais realizadas mantém uma média de aproximadamente 115, no entanto, apresenta uma grande variância (113), o que demonstra diversidade nas produções cirúrgicas nessas instituições. Cirurgias limpas e cesáreas correspondem a aproximadamente 61% de toda essa produção. E todos esses hospitais atendem à exigência da Secretaria da Saúde do estado de São Paulo, fornecendo taxas infecciosas mensais dessas cirurgias, O mesmo ocorre com doenças e agravos de notificação compulsória, quando foi encontrada somente uma instituição que não reporta esses dados ao gestor do SUS.

Alves (2015) evidenciou que 100% dos hospitais no Paraná realizam notificação compulsória de doenças e agravos, e 96%, enviam notificação de suas atividades de vigilância à Comissão Estadual, achados estes superiores aos encontrados no presente estudo.

Conforme já é amplamente reconhecido, os PCIRAS foram instituídos como obrigatoriedade em 1997, pela Lei nº 9431, e as diretrizes para prevenção e controle de IRAS vieram mais tarde, com a Portaria 2616, de 1998. Silva (2010) evidenciou que as CCIH dos hospitais de São Paulo foram instituídas, em maior parte, a partir de 1990. Já Menegueti (2013) constatou que os hospitais de Ribeirão Preto tiveram as CCIH iniciadas em 2004, em geral. Nos hospitais do estado do Paraná a maioria das CCIH iniciou a partir de 1998 (ALVES, 2015). O presente estudo descobriu que na região estudada as CCIH tiveram início mais tardiamente, em torno de 2010.

A Portaria 2616/98 recomenda o uso de indicadores epidemiológicos para realização de vigilância ativa, sistemática e contínua, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas e custos (BRASIL, 1998). Nas pequenas instituições pertencentes ao DRS XVII de Taubaté foi evidenciado que os

indicadores epidemiológicos são utilizados por 64,3% dos hospitais, destacando-se os seguintes: taxa de IRAS em cirurgias limpas (100%), taxa de IRAS em cesáreas (88,9%) e taxa de IRAS por topografias (55,6%). Alves (2015) encontrou em seus achados indicadores por procedimentos (74%), cirurgia limpa (68%), geral (64%) e por topografia (62%). Essas diferenças mais evidentes provavelmente são decorrência da exigência estadual de São Paulo de cobrar mensalmente os indicadores de cirurgias limpas e cesáreas para os hospitais de pequeno porte.

Dos indicadores por topografia, destacam-se: infecção do trato urinário (80%), infecção de sítio cirúrgico (80%), pneumonia (40%) e infecção de corrente sanguínea (20%). Alves (2015) encontrou achados semelhantes, tendo seu destaque para infecção de trato urinário (64%), infecção de corrente sanguínea (58%), infecção de sítio cirúrgico (46%) e pneumonia (24%).

Dos indicadores por procedimentos, destacam-se: sondagem vesical de demora (100%), cateter venoso central (67%) e ventilação mecânica (67%). Alves (2015) obteve seus principais achados em: traqueostomia (100%), ventilação mecânica (82%), sondagem vesical de demora e alívio (74%) e cateter venoso central e periférico (66%).

Daltoé et al. (2014) evidenciaram outras atividades de vigilância epidemiológica e de processos assistenciais críticos, em Porto Alegre: ventilação mecânica (83%), germes resistentes (64%), além dos já citados: sítio cirúrgico (56%), cateter vascular central (20%), cateter urinário (20%) e lavagem das mãos (8%).

Outro indicador que também se destacou nos pequenos hospitais do presente estudo, com 100% de adesão, foi o de higienização de mãos. Tal fato muito provavelmente se deva à iniciativa da ANVISA de aderir ao primeiro desafio global: “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura” e ao desenvolvimento de diretrizes sobre Higiene de Mãos em Serviços de Saúde com enfoque na redução de IRAS pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO 2009, ANVISA 2013).

Outra contribuição para o avanço no quesito da adesão à higiene de mãos nos serviços de saúde foi a Estratégia Multimodal (multifacetada) para a higiene de mãos, presente e evidenciada em grande parte dos hospitais privados durante a entrevista (ANVISA, 2013).

De qualquer modo, observa-se que, mesmo nos pequenos hospitais, avançou o uso de novos indicadores, além daqueles recomendados pela Portaria vigente, 2616/98 (BRASIL, 1998), principalmente do tipo processual.

6.4 SCIH

Como já citado anteriormente, em todos os pequenos hospitais participantes os membros da CCIH são os que também atuam no SCIH.

As categorias profissionais atuantes no SCIH com maior frequência são enfermeiro (92,9%), médico (85,7%) e farmacêutico (42,9%). O técnico de enfermagem está presente em 14,3% dos hospitais, e uma possível justificativa para a sua participação talvez seja a necessidade da maioria dos enfermeiros de dispender de sua carga horária com outras funções, principalmente com a assistência, uma vez que, como foi visto, os mesmos não atuam com exclusividade no SCIH. O técnico de enfermagem é treinado para auxiliar o enfermeiro nas atividades de vigilância, e vale ressaltar que seu emprego repercute em recursos menos dispendiosos para as instituições. Alves (2015) evidenciou em seu estudo achados semelhantes, nos quais as categorias integrantes do SCIH foram enfermeiro (100%), médico (95%) e farmacêutico (34%).

As especialidades dos médicos integrantes do SCIH foram observadas de maneira bem fragmentada, havendo destaque para o infectologista e o cirurgião geral (25,0% cada). Alves (2015) evidenciou que no Paraná o infectologista (69%) e o clínico geral (10,0%) estavam mais presentes.

De fato, a partir da emissão da Portaria 2616/98 (BRASIL, 1998) sobre formação e atuação de PCIRAS nos hospitais brasileiros, além da recomendação explícita de que um dos membros do SCIH seja o enfermeiro, o outro técnico executivo, apesar de não especificado, tem sido predominantemente na nossa realidade o profissional médico e, principalmente, o infectologista. Tal especialidade pode ser explicada por sua relação direta com o tipo de ocorrência – doença infecciosa – e o controle do uso de antimicrobianos, um dos principais responsáveis pelas infecções cada vez mais resistentes.

Na maioria dos outros países, contudo, não existe determinação legal das categorias profissionais a compor o SCIH ou a equipe executiva das ações diretas de controle e prevenção de IRAS.

Nos EUA, a Rede Nacional de Segurança na Assistência à Saúde (NHSN), do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), recomenda como membro executivo principal um profissional com formação prevencionista em controle de infecção ou um epidemiologista hospitalar (STONE et al., 2009).

Uma pesquisa sobre a composição e a estrutura de 289 PCIRAS de hospitais dos EUA encontrou que a imensa maioria dos profissionais executivos também era composta por médicos e enfermeiros, com títulos de formação em epidemiologia hospitalar e/ou prevenção em controle de infecção. Os profissionais com formação em epidemiologia hospitalar eram predominantemente médicos (83,8%) e os com formação prevencionista eram principalmente enfermeiros (75,5%). Entretanto, esses títulos variavam entre as instituições (STONE et al., 2009).

Outros estudos também mostram que o SCIH é majoritariamente composto por médicos e enfermeiros. Entretanto, no caso dos médicos, são citadas várias outras especialidades além de infectologia e epidemiologia, tais como microbiologia, clínica geral, entre outras. (RAO, 2014; WHO, 2014; APIC, 2014).

Apesar da tendência à terceirização de serviços para fins, inclusive na assistência hospitalar, o vínculo profissional dos integrantes do SCIH em hospitais do país ainda continua sendo predominantemente por contratação da própria instituição, principalmente os enfermeiros. Em conformidade, também assim ocorre para a maioria dos profissionais do SCIH dos pequenos hospitais deste estudo, destacando-se os enfermeiros (100%), médicos (58,4%), farmacêuticos (66,6%) e técnico de enfermagem (50,0%).

A exclusividade e o tempo dedicado à atuação no SCIH constituem as principais peculiaridades encontradas nos pequenos hospitais estudados, em relação aos de maior porte. Isso porque, se de um lado verifica-se que os pequenos hospitais atendem às legislações governamentais sobre obrigatoriedade de existência e formação de PCIRAS, incluindo a CCIH e o SCIH, o mesmo não ocorre com a exclusividade e tempo de atuação dos profissionais no SCIH.

Somente 23,1% dos enfermeiros do SCIH trabalham com carga horária maior ou igual a 6 horas; os médicos apresentam situação ainda mais crítica, com 8,3% cumprindo carga horária igual ou superior a 4 horas; e nenhum farmacêutico também atinge a carga horária mínima no SCIH. Em outras palavras, os profissionais do SCIH tendem a atuar menos tempo e sem exclusividade no SCIH, compartilhando sua carga horária de trabalho com outras atribuições.

Estudo realizado na Austrália, sobre implantação de PCIRAS em pequenos hospitais, utilizando recomendações específicas para estas instituições, evidenciou algumas dificuldades, entre elas, a pequena e irregular carga horária do profissional que atua no controle e prevenção de IRAS. Também foram evidenciadas dificuldades

na análise de dados, por não serem estatisticamente significativos, ou ao não encontrar questões importantes para análise, sugerindo aumentar o período de coleta e posterior análise dos dados e reportar eventos sentinelas (BENNETT et al., 2007).

Outro estudo, que avaliou as necessidades dos programas de prevenção e controle de infecções em hospitais rurais e urbanos nos EUA, evidenciou que os profissionais que atuam no controle e prevenção de IRAS em pequenos hospitais rurais são mais propensos a ter vários empregos, responsabilidades e dispender tempo diário menor de trabalho no controle de IRAS do que os pequenos hospitais urbanos (REESE et al., 2014).

Antes, contudo, de apenas se considerar que profissionais de SCIH de pequenos hospitais têm dificuldade em atender ações de controle de infecção com exclusividade e carga horária mínima, há que se questionar a necessidade de conformidade generalizada para todos os hospitais. Em outras palavras, hospitais de pequeno porte, por suas características, podem demandar condições distintas de exclusividade e tempo de atuação em ações de controle de infecção. Ora, se a Portaria 2616/98 recomenda a exclusividade de um enfermeiro de SCIH para cada 250 leitos, por outro lado, questiona-se se não seria possível uma menor carga horária de atuação exclusiva no SCIH para pequenos hospitais.

Por outro lado, a exigência de carga horária mínima de atuação exclusiva no SCIH de acordo com a quantidade de leitos parece não ser consenso em outros países, tampouco determinação legal.

Pesquisa de Stone et al. (2009) em 289 PCIRAS de hospitais dos EUA apresentou grande variação entre capacidade de leitos e tempo de trabalho exclusivo no SCIH, principalmente nos pequenos hospitais. Em relação aos profissionais prevencionistas, majoritariamente enfermeiros, não houve relação significativa entre porte do hospital e proporção de horas de atuação exclusiva no SCIH. Já o oposto ocorreu com a presença do médico epidemiologista em hospitais maiores.

Um *workshop* de praticantes experientes em controle de infecção debateu sobre o tempo necessário para a execução de atividades de controle de infecção em um hospital modelo, concluindo um padrão de um profissional controlador em tempo integral para cada 178 leitos e um médico microbiologista para cada 806 leitos. Tais resultados representam cerca de 40% e 24% a mais do que o padrão usual, respectivamente. No entanto, reconhecem que a capacidade de leitos tornou-se um parâmetro inadequado e propõem um novo padrão, utilizando o número de admissões

como denominador, sendo um controlador em tempo integral para 5.000 mil admissões e um microbiologista ou epidemiologista para 25.000 admissões (VAN DEN BROEK et al., 2007).

Ainda, no Brasil, mesmo os hospitais de maior porte não vêm atendendo apropriadamente à Portaria 2616/98 (BRASIL, 1998). Estudo em 25 hospitais de Porto Alegre, com número mediano de leitos de 204 (20-1027), evidenciou que quase todos possuíam SCIH formalmente estruturada e em atividade (96%). A maioria deles tinha enfermeiros com dedicação exclusiva (73%) e médicos em 40%. A proporção de números de leitos em relação aos profissionais exclusivos do SCIH, conforme a Portaria 2616/98 (BRASIL, 1998), era atendida em 72% dos hospitais. No entanto, somente 48% profissionais estavam adequadamente dimensionados em relação à carga horária mínima (DALTOÉ et al., 2014).

Outros fatores, contudo, ainda precisam ser estudados, além de proporcionalidade entre tempo de dedicação exclusiva e capacidade de leitos ou quantidade de internações. São alguns deles: volume cirúrgico, frequência de procedimentos de riscos para IRAS, de atendimento em pronto-socorro, leitos de UTI, dentre outros.

Nos pequenos hospitais estudados, os médicos possuem maior tempo de atuação no SCIH (50% acima de dois anos) do que os enfermeiros (69,2% abaixo de dois anos). Embora tenha sido significativa a frequência de respostas “não soube informar”, isso pode ser explicado pelo fato dos respondentes, na grande maioria enfermeiros, não terem conhecimento do período de experiência dos demais profissionais. Alves (2015) evidenciou que mais da metade dos enfermeiros dos SCIH iniciaram suas atividades sem experiência prévia em controle e prevenção de IRAS (59%).

A maioria dos enfermeiros do SCIH nos pequenos hospitais não possuía capacitação prévia à contratação, tampouco durante a atuação, e raramente participam de eventos realizados na área de atuação. Uma justificativa e queixa muito comum fornecida durante as entrevistas foi a inexistência na região de cursos direcionados a prevenção e controle de IRAS, atrelada à dificuldade de locomoção e à ausência na instituição durante um curso realizado longe da cidade. No entanto, as instituições demonstraram possuir fácil acesso a livros atualizados e sites científicos, que acabam por representar uma fonte de conhecimento e pesquisa para esses profissionais na área.

Alves (2015) evidenciou que no Paraná 59% dos enfermeiros não possuíam conhecimento prévio para atuar em PCIRAS. Entretanto, grande proporção desses enfermeiros capacitou-se posteriormente durante a atuação, visto que 95% possuíam curso de especialização – dado que diverge muito dos achados do presente estudo, em pequenos hospitais.

A falta de participação dos enfermeiros em atividades de capacitações e eventos é preocupante, pois pode comprometer a atualização dos profissionais em prevenção e controle de IRAS, bem como repercutir em dificuldades para o desenvolvimento e a aplicabilidade de ações dos PCIRAS nas pequenas instituições.

Durante as entrevistas, os enfermeiros foram questionados sobre os aspectos que favorecem a atuação no SCIH, dos quais destacaram o tamanho da instituição (50%), a boa interação e o fácil acesso às equipes de todos os setores (33,3%), bem como o acesso às instâncias superiores (8,3%).

Em relação aos aspectos que dificultam a atuação no SCIH, destacaram o acúmulo de outras funções, além do controle e prevenção de IRAS (33,3%). Em seguida, falta de: capacitação para os membros da CCIH/SCIH (25,0%), recursos financeiros para investimentos na área (16,7%), profissionais especializados para atuar em CCIH/SCIH (16,7%), apoio dos enfermeiros das unidades por desconhecimento do trabalho do SCIH (16,7%) e apoio e morosidade no retorno das solicitações feitas às instâncias superiores (16,7%).

Note que o tamanho institucional está envolvido indiretamente em grande parte de todos os aspectos que favorecem a atuação no SCIH nas pequenas instituições. Assim como os aspectos que dificultam essa atuação envolvem, indiretamente, recursos financeiros, incluindo: investimentos, contratações e conhecimento. Já a falta de apoio das instâncias superiores compromete as boas práticas de prevenção e controle de IRAS.

Estudo americano considera que os pequenos hospitais contribuem de forma significativa para o sistema de saúde dos EUA, mas raramente são avaliados. Nesse sentido, propôs avaliar uma amostra de 67 pequenos hospitais rurais comunitários no oeste dos EUA, sobre suas políticas de controle e prevenção de IRAS, assim como os profissionais atuantes, a infraestrutura e a vigilância epidemiológica. Como resultados, quase todos esses hospitais (65-97%) tinham um profissional para o controle e prevenção de IRAS, e 29 de 61 desses hospitais (47,5%) reportaram um médico designado para a supervisão do trabalho desenvolvido. A maioria dos

praticantes de controle de IRAS desses hospitais (62 de 64, 96,9%) também era empregada em outras atividades. A média de atuação no controle de IRAS era de 10 horas semanais, o que equivale a uma média de 1,56 (0,30-21,9) profissionais de controle de IRAS em tempo integral para cada 250 leitos. Todos os hospitais possuíam um plano de ação impresso contra a exposição à patógenos sanguíneos e para políticas de isolamento. Diretrizes do CDC eram tipicamente seguidas na elaboração das políticas de controle de IRAS. O acesso à literatura médica e aos recursos *on-line* pareceu ser limitado. A maioria dos hospitais rurais pesquisados parece ter dispendido recursos razoáveis no desenvolvimento dos PCIRAS, dentro dos padrões observáveis nos grandes hospitais. E nesses pequenos hospitais foram observados curtos períodos de internação e baixos índices infecciosos (STEVENSON et al., 2004).

É importante ressaltar que o estudo em questão destaca a problemática do baixo índice de pacientes atendidos, a falta de leitos para cuidados intensivos, os curtos períodos de internação e o suposto baixo índice de infecções, correlacionando-o com a falta de clareza no nível de esforço empregado para manter um programa eficaz, porém, eficiente em termos de custo. Além disso, a ausência de índices de controle de infecção comparativa entre os pequenos hospitais rurais pode dificultar sua capacidade de melhorar, por causa das falsas premissas de que seus índices já são baixos quando comparados aos dados de referência (STEVENSON et al., 2004).

No presente estudo constata-se que a capacitação à admissão dos profissionais da instituição, pelos membros do SCIH, é feita por 2/3 dos hospitais participantes, porém quase que apenas à equipe de enfermagem.

Já as capacitações periódicas, comumente conhecidas como educação continuada, não são realizadas pela equipe do SCIH de maneira sistemática, mas sim ocasionalmente, conforme identificada a necessidade, e geralmente baseiam-se em metas de melhorias pré-definidas. As principais temáticas desenvolvidas nos últimos dois anos foram: higiene de mãos (79%), tipos de precauções (29%), acesso venoso central (29%) e cuidados com curativos e drenos (29%). Assim como as capacitações às admissões, estas também ocorrem com baixa frequência, provavelmente em decorrência da falta de tempo do enfermeiro para o controle e prevenção de IRAS.

Alves (2015) encontrou temáticas semelhantes desenvolvidas: higienização de mãos (70,8%), limpeza, desinfecção e esterilização (29,2%), controle e prevenção de IRAS (27,1%), cuidados com dispositivos intravasculares (25,0%), entre outros. Diferentemente do observado no presente estudo, foi evidenciada uma periodicidade

nos treinamentos realizados pelos hospitais do Paraná.

Estudo realizado em 2006 revelou que, na maioria dos hospitais, principalmente nos de âmbito municipal e de pequeno porte (representantes consideráveis da amostra estudada), a CCIH simplesmente não existe, o que revela o não cumprimento da legislação voltada ao controle de infecções. A presença isolada da CCIH, desacompanhada de um programa sistemático de ações educativas planejadas e de vigilância epidemiológica efetiva, está longe de atender às normas vigentes, impedindo a notificação adequada das infecções hospitalares, além de dificultar e comprometer o monitoramento local, regional e nacional (SANTOS, 2006).

É possível evidenciar com os achados deste estudo que as problemáticas encontradas em 2006 ainda persistem, porém notam-se esforços e tentativas para a mudança dessa realidade.

6.5 CONFORMIDADES DOS PCIRAS

Os indicadores de diretrizes operacionais (PCDO) e de atividades de controle e prevenção (PCCP) apresentaram resultados satisfatórios, com conformidades médias acima de 70%. Esse dado demonstra que os PCIRAS dos pequenos hospitais da região estudada se destacam por apresentarem diretrizes operacionais elaboradas e incorporadas para consulta, orientação e melhoria contínua em prevenção e controle de IRAS, além de conseguirem desempenhar atividades de prevenção e controle de IRAS no que concerne às ações de consultoria, permitindo algumas intervenções direcionadas.

Tais achados diferem dos encontrados no estudo de Oliveira e Branchini (1999), o qual conclui que os pequenos hospitais são menos propensos a seguir qualquer recomendação, a consultar as diretrizes recomendadas, revisá-las ou, ainda, adotar práticas já implementadas nos grandes hospitais. Talvez tal fato demonstre que, no decorrer dos anos, os pequenos hospitais já tenham conseguido alcançar progressos na área de prevenção e controle de IRAS.

Estudo realizado na cidade de São Paulo, por Silva (2010), evidenciou que todos os mesmos indicadores aplicados no presente estudo apresentaram conformidades médias superiores a 80%, havendo destaque para os indicadores de estrutura técnico-operacional (PCET) e o de atividades de vigilância epidemiológica (PCVE), com

conformidades médias muito próximas a 99%, não corroborando com os indicadores de melhores resultados do presente estudo.

Menegueti (2013) evidenciou na cidade de Ribeirão Preto conformidades médias para os indicadores de estrutura técnico-operacional – PCET (75,4%), diretrizes operacionais – PCDO (59,4%), vigilância epidemiológica – PCVE (83,7) e atividades de controle e prevenção – PCCP (56,8%). Observa-se que o desempenho dos PCIRAS de Ribeirão Preto, em maioria constituído por pequenos hospitais, divergiu do presente estudo, uma vez que as maiores médias de conformidades foram para estrutura técnico-operacional – PCET e vigilância epidemiológica – PCVE.

Estudo realizado na cidade de Aracajú, por Nogueira (2014), evidenciou conformidades médias para os indicadores de estrutura técnico-operacional (PCET) e diretrizes operacionais (PCDO) iguais a 68%, e vigilância epidemiológica (PCVE) e atividades de controle e prevenção (PCCP), 57%.

Resultados diferentes quanto aos indicadores de destaque também foram observados no estudo realizado no Paraná por Alves (2015), porém, com conformidades médias inferiores, nas quais o indicador de estrutura técnico-operacional (PCET) apresentou a maior conformidade (79,4%), seguido do indicador de atividades de vigilância epidemiológica (PCVE), 76,0% de conformidade. Os demais obtiveram conformidade abaixo de 70%, sendo 65,5% para o indicador de diretrizes operacionais (PCDO) e 63,2% para o de atividades de controle e prevenção (PCCP).

Nos pequenos hospitais da região estudada, observaram-se grandes desvios padrões com dispersões importantes dos percentis 25 e 75 para os resultados de todos os indicadores. E, embora o indicador de atividades de controle e prevenção (PCCP) não tenha repercutido em conformidade média inferior a 70%, houve casos nos quais nenhum componente do indicador foi atendido. Embasados pela mesma análise, podemos inferir que os indicadores de diretrizes operacionais (PCDO) e de vigilância epidemiológica (PCVE) apresentaram maiores dispersões, ou seja, maiores extremos de resultados e resultados bem baixos, e que alguns desses hospitais ainda apresentam dificuldades na composição de sua estrutura técnica e operacional, bem como, nas atividades de vigilância epidemiológica, incluindo a busca e notificação de IRAS.

Estudo avaliou o impacto do modelo adotado oficialmente para o controle de infecção nos hospitais brasileiros, analisando dois bancos de dados da Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que contêm informações sobre a organização dos CCIH e as atividades de controle de infecções em um universo de 4.148 hospitais e 1.009 munícipios brasileiros. Nele constatou-se que os hospitais de menor porte, menor complexidade e administrados pelos municípios apresentaram os menores índices de incorporação das ações de prevenção previstas pelo modelo de controle de infecções instituído pelo Governo Federal (SANTOS, 2006).

Embora poucos hospitais disponham dos serviços de Terapia Intensiva, observa-se nesses, como também nos outros hospitais menores, certa fragilidade no alcance das ações dos PCIRAS em todo o âmbito hospitalar, uma vez que ficou evidente durante as entrevistas que as ações dos PCIRAS são centralizadas em determinados setores. Este fato, comprovadamente verificado nas atividades de vigilância epidemiológica e de controle e prevenção de IRAS desempenhadas por esses hospitais, pode ter influenciado os resultados, nos quais foram observados casos de nenhum componente do indicador atendido e conformidades médias baixas.

Os componentes do indicador de estrutura técnico-operacional (PCET) avaliam a estrutura de um PCIRAS considerando formação e suporte técnico-operacional, como recursos humanos e infraestrutura. Suas conformidades médias variaram de 7,1 a 100%, sendo que as mais altas corresponderam aos componentes: suporte de laboratório – PCETMP (100%), reuniões periódicas – PCETRP (92,9%), informatização – PCETRI (92,9%) e disponibilização de dados estatísticos – PCETRE (92,9%). Observa-se baixa conformidade na formação dos PCIRAS: dois profissionais exclusivos com nível superior – PCETPE (7,1%), outro profissional exclusivo 4 horas/dia – PCETDO (7,1%) e um enfermeiro com dedicação exclusiva – PCETDE (21,4%).

Nota-se que existem problemas importantes em relação à formação profissional dos PCIRAS, que possivelmente implicam menor desempenho das ações. Esses resultados são identificados ao avaliar os aspectos que dificultam a atuação nos PCIRAS, que aponta para problemas no acúmulo de outras funções pelo enfermeiro, na falta de motivação dos profissionais da CCIH/SCIH e falta de apoio e morosidade das instâncias superiores.

Estudo de Menegueti (2013) aponta que o componente do indicador PCET que apresentou maior média de conformidade foi o suporte de laboratório – PCETMP (100%); o menor foi quanto a outro profissional exclusivo 4 horas/dia – PCETDO (53,9%). Tais resultados corroboram com os do presente estudo e demostram que

nesses hospitais de pequeno porte, em geral, há suporte de laboratório e deficiência na formação profissional do PCIRAS.

O indicador de diretrizes operacionais de controle e prevenção de IRAS (PCDO) avalia a existência de diretrizes nas formas de manuais, normas, procedimentos operacionais e resoluções, fundamentais para balizar processos de orientação e melhoria contínua. Esse indicador obteve conformidades médias mais elevadas e homogêneas, destacando-se por apresentar recomendações para limpeza, desinfecção e esterilização (PCDOME) e para limpeza e desinfecção de superfícies (PCDOLS), com 100% de conformidade para ambos, e deficiência em recomendações para lavagem e higienização de roupas – PCDOLV (57,1%).

Percebe-se que os serviços terceirizados apresentaram menores conformidades médias e deficiência no alcance das ações dos PCIRAS, ficando evidente, durante as entrevistas, que as ações para esses serviços são muitas vezes esquecidas pelas instituições, que acabam por se isentar da corresponsabilidade, não estabelecendo um elo com o prestador de serviço.

No estudo de Menegueti (2013), o componente de lavagem e higienização de roupas (PCDOLV) também apresentou menor conformidade média: 30,8%. Alves (2015) também encontrou achado semelhante para esse componente, atingindo conformidade média de 38,0% e corroborando com os achados do presente estudo.

O indicador 3, que trata do sistema de vigilância epidemiológica de IRAS (PCVE), apresentou conformidades médias mais baixas, com seus componentes variando de 35,7 a 75,0%. O desempenho consideravelmente inferior aos demais se encontram nos componentes relacionados à confecção e disponibilização de relatórios em geral, como: relatórios com alterações de perfil epidemiológico – PCVEAL (35,7%), relatórios correlacionam resultados e estratégias – PCVECP (42,9%), relatórios disponibilizados a diversos setores – PCVESS (50,0%) e relatórios disponibilizados a órgãos públicos – PCVEOP (57,1%).

Nota-se que existem problemas importantes e preocupantes em relação à vigilância epidemiológica nos PCIRAS dos pequenos hospitais, pois o que é realizado de vigilância é muito mal documentado, e a baixa confecção de relatórios com alterações de perfil epidemiológico e que correlacionam resultados e estratégias, pode sugerir deficiência no processo e na intervenção. Essa deficiência pode ser identificada ao avaliarmos os aspectos que dificultam a atuação nos PCIRAS, no que aponta para problemas relacionados às instâncias superiores (16,7%), às equipes

profissionais (58,2%), aos recursos humanos (75,0%) e à estrutura e recursos materiais (16,7%).

Resultado diferente foi encontrado no estudo de Silva (2010), o qual apresenta conformidade acima de 98% para todos os componentes do indicador de vigilância epidemiológica (PCVE).

O estudo de Menegueti (2013) apresentou conformidade maior e acima de 70% para os componentes relacionados à confecção e disponibilização de relatórios, com exceção dos relatórios que correlacionam resultados e estratégias (PCVECP), com conformidade de 46,2%, podendo sugerir deficiência intervencionista e corroborando com os achados do presente estudo nesse quesito.

Estudo realizado em Aracajú, por Nogueira (2014), também demonstra fragilidade para o indicador de vigilância epidemiológica (PCVE), atingindo conformidade média de 57%, tendo como principais deficiências a monitoração de resultados microbiológicos de culturas, a disponibilização de critérios pré-determinados para o diagnóstico de IH e a produção e disponibilização de relatórios em gerais.

Estudo realizado no estado do Paraná, por Alves (2015), evidenciou conformidades superiores a 70% para os componentes do mesmo indicador, com exceção para a produção de relatórios com alterações de perfil epidemiológico – PCVEAL (64,0%).

Sendo assim, a maioria dos estudos, com exceção do realizado na cidade de São Paulo, acaba por demonstrar fragilidades na vigilância epidemiológica, principalmente para o quesito de relatórios.

Nos últimos anos, a Austrália vem trabalhando em implementações nos PCIRAS voltadas a pequenos hospitais, direcionando propostas de atuação condizentes à realidade dessas instituições. Em estudo piloto, foram observadas discrepâncias entre as atividades reais e as atividades previstas nos PCIRAS no que se refere à coleta de dados, gestão, análise, relatórios e utilização dos dados (BENNETT et al., 2007).

Estudo realizado nos Estados Unidos, envolvendo hospitais rurais, principalmente de pequeno porte, evidenciou que essas instituições parecem despender recursos razoáveis para o desenvolvimento de PCIRAS compatíveis com a maioria dos requisitos delineados. Os controladores de infecção gastam uma parcela significante de tempo monitorando IRAS, além de outras funções atribuídas ao programa, como educação, formulação de políticas de controle de infecção,

investigações de surto e saúde do colaborador (STEVENSON et al., 2004).

O indicador 4, PCCP – Atividades de controle de prevenção de IRAS, embora tenha apresentado bom desempenho, demonstrou fragilidades importantes em determinados componentes que não foram atendidos por nenhuma instituição. Esses componentes foram: unidade de diálise (PCCPDI) e laboratório de anatomia patológica (PCCPAP). Mais uma vez vale ressaltar que, embora poucas instituições disponham desses serviços, as mesmas não exercem qualquer atividade de controle e prevenção de IRAS, e na maioria das vezes, trata-se de serviços terceirizados. Seguindo o mesmo raciocínio, os componentes de banco de sangue (PCCPBS) e laboratório de análises clínicas (PCCPAC) também apresentaram conformidades menores e iguais a 50%.

Segundo Silva (2010), esse indicador avalia as atividades do SCIH que constituem visitas de inspeção programadas, orientações e avaliações de diretrizes, participação em reuniões e realização de consultas e esclarecimentos cotidianos. Cabe destacar que as instituições apresentam dificuldades para registrar tais ações, talvez pela desvalorização do ato de registrar, supervalorizando apenas a ação. Os resultados no estudo em São Paulo para o indicador 4 apresentam conformidades superiores a 79%, exceto para o componente de laboratório de anatomia patológica **–** PCCPAP (64%).

Menegueti (2013), em Ribeirão Preto, apresentou resultados com conformidade média de 56,8% para o mesmo indicador, com deficiências importantes nos componentes de banco de sangue – PCCPBS (20,0%), laboratório de análises clínicas – PCCPAC (0,0%) e laboratório de anatomia patológica – PCCPAP (0,0%). Tais achados corroboram com os do presente estudo.

Estudo em Aracajú demonstrou maiores fragilidades para o mesmo indicador, nos seguintes componentes: unidade de diálise – PCCPDI (10,0%), banco de sangue – PCCPBS (44,0%), laboratório de análises clínicas – PCCPAC (38,0%), laboratório de anatomia patológica – PCCPAP (0,0%) e serviço de farmácia – PCCPSF (43,0%). Tais achados corroboram com os do presente estudo, com exceção do serviço de farmácia, que talvez possa ser explicado pela participação de considerável número de farmacêuticos nos PCIRAS deste último (NOGUEIRA, 2014).

No estado do Paraná também ocorreram resultados semelhantes, com exceção do serviço de berçário, destacando as seguintes deficiências: unidade de diálise – PCCPDI (16,0%), banco de sangue – PCCPBS (24,0%), laboratório de análises

clínicas – PCCPAC (48,0%), laboratório de anatomia patológica – PCCPAP (10,0%) e berçário – PCCPBE (24,0%) (ALVES, 2015).

Como já citado previamente, é importante destacar que os resultados do presente estudo sofreram considerável influência de respostas consideradas inaplicáveis. Por exemplo, o componente de unidade de diálise (PCCPDI) era aplicável somente a uma das catorze instituições pesquisadas, a qual não realizava atividade alguma de controle e prevenção de IRAS, contribuindo para a conformidade de 0,0% neste componente.

O indicador 3, PCVE – Vigilância epidemiológica, foi o que apresentou pior desempenho na maioria dos hospitais, destacando-se três hospitais que apresentaram conformidade 0,0% e outros quatro que apresentaram conformidades abaixo de 70,0%. Destaca-se que três instituições atingiram conformidade de 100% para esse mesmo indicador.

Ao observar as conformidades atingidas em cada indicador por unidade do estudo, percebe-se que não há homogeneidade nas ações dos PCIRAS na região estudada, pois existem PCIRAS com conformidades elevadas nos quatro indicadores. Entretanto, há unidades que influenciam significativamente para a baixa conformidade de alguns indicadores, em especial, do indicador 3.

Destacam-se os hospitais 1, 2, 5 e 9 por apresentarem baixos desempenhos, principalmente em vigilância epidemiológica, sendo eles dois públicos e dois privados. É importante ressaltar que os hospitais 13 e 14 (privados), que obtiveram bons desempenhos, são instituições que consorciam suas atividades de PCIRAS. O hospital 14, com desempenho pouco menor, não possui UTI e apresenta carga horária de profissionais de aproximadamente 1/5 do hospital 13. Somente três hospitais obtiveram desempenho igual ou superior a 70,0% nas conformidades de todos os quatro indicadores avaliados.

Vale salientar que nenhum hospital obteve desempenho inferior a 50,0% para todos os indicadores, o que demonstra um esforço mútuo para dar seguimento ao PCIRAS e suas atividades, embora dificuldades existam.

A maioria dos pequenos hospitais participantes do estudo e pertencentes ao DRS XVII de Taubaté, estado de São Paulo, é de rede privada (56,3%), possui menos de cinquenta leitos (85,7%), não dispõe de UTI (78,6%) e possui como foco de seus PCIRAS as diretrizes operacionais e as atividades de controle e prevenção de IRAS.

6.6 ASSOCIAÇÃO DE CONFORMIDADES DOS PCIRAS

A associação dos indicadores com variáveis do estudo nos permite correlacionar dados e obter um panorama da situação presenciada.

Em relação às entidades mantenedoras, as privadas apresentaram conformidades médias maiores do que as públicas para todos os indicadores, no entanto, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa. Tal resultado rejeita a hipótese inicial que considerava maiores conformidades nos indicadores de avaliação dos PCIRAS para instituições públicas, por considerar que dispunham de profissionais exclusivos para o desempenho das atividades de prevenção e controle de IRAS e que estariam em acordo com o cumprimento da Portaria 2616/98 (BRASIL, 1998).

Verifica-se comportamento semelhante entre instituições públicas e privadas em relação aos seus melhores e piores desempenhos, demonstrando que aparentemente seus PCIRAS apresentam as mesmas fragilidades e deficiências. Destacam-se as atividades de vigilância epidemiológica (PCVE) das instituições públicas, com conformidade média muito baixa (26,7%) e mediana 0,0%.

Alves (2015) evidenciou resultado diferente no Paraná, onde as instituições públicas apresentaram maiores médias de conformidades para os indicadores de avaliação dos PCIRAS em relação às privadas. Entretanto, também não foi evidenciada diferença estatisticamente significativa.

Na associação dos indicadores com a presença de UTI, evidencia-se maior disparidade entre conformidades iguais ou acima de 70,0% e presença de UTI, sugerindo relação no desempenho dos indicadores. No entanto, só foi constatada diferença estatisticamente significativa para os indicadores de estrutura técnico-operacional (PCET) e de vigilância epidemiológica (PCVE). Tal resultado aceita a hipótese inicial de que serviços com UTI possuem maior número de procedimentos invasivos em pequenos hospitais e melhor vigilância de IRAS.

Precisamos considerar, contudo, que há desproporção significativa no número de hospitais com e sem o serviço de UTI, de maneira que, se as proporções entre hospitais fossem semelhantes, haveria probabilidade da obtenção de resultados diferentes. Por outro lado, o fato da existência de UTI oferecer maior risco para ocorrência de IRAS, devido à maior presença de pacientes críticos e procedimentos invasivos, conduz à necessidade de ações mais ativas para sua prevenção e controle.

Embora apenas duas instituições das catorze estudadas apresentem algum tipo de certificação/acreditação, podemos verificar que na associação dos indicadores estas apresentam conformidades iguais ou superiores a 70% para todos os indicadores, com exceção de uma instituição no quesito de estrutura técnico-operacional (PCET). Portanto, embora não tenha sido observada diferença estatisticamente significativa, há indícios de relação entre melhor desempenho nos indicadores e presença de acreditação/certificação.

O mesmo resultado foi evidenciado no estudo do Paraná, no qual foi demonstrada associação entre a presença de certificação/acreditação e maiores escores nos indicadores de avaliação dos PCIRAS (ALVES, 2015). Silva (2010) também demonstrou, na cidade de São Paulo, que as instituições com certificação apresentaram melhor desempenho, e para alguns indicadores foi alcançada média de conformidade total.

Conforme supracitado, a Portaria 2616/98, que estabelece o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar no país, considera que os membros executores (SCIH) devem ser, no mínimo, dois técnicos de nível superior da área de saúde para cada duzentos leitos, e um deles deverá ser, preferencialmente, um enfermeiro.

A representação dos membros dos SCIH da região estudada apresenta diferenciações da recomendada pela Portaria 2616/98, pois existem formações profissionais que não possuem o enfermeiro como membro do SCIH. Como a maioria das instituições usufrui dos serviços da mesma equipe profissional para a composição da CCIH e do SCIH, os resultados da associação da representação do SCIH foram categorizados em: equipes que possuem enfermeiros/médicos/outros profissionais e outras formações com um único profissional na composição do SCIH. Observa-se que existem representações que possuem apenas o enfermeiro ou o farmacêutico, contrariando a Portaria existente.

Na associação dos indicadores de avaliação com as duas categorias de representações do SCIH, evidencia-se maior disparidade entre conformidades inferiores a 70,0% e representação do SCIH por outros profissionais além da formação enfermeiro/médico/outros, sugerindo relação com pior desempenho dos indicadores. No entanto, só foi constatada diferença estatisticamente significativa para o indicador de diretrizes operacionais (PCDO).

Alves (2015) evidenciou que no Paraná essa associação não foi estatisticamente significativa, indicando que o escore de conformidade não depende do quantitativo dos representantes do SCIH.

A portaria 2616/98 determina carga horária mínima de 6 horas para o enfermeiro atuar no SCIH, e no presente estudo, foram evidenciadas situações bem diferentes da referência legislativa de nosso país.

Os resultados mostram que na associação entre conformidade dos indicadores de avaliação dos PCIRAS e carga horária exclusiva igual ou superior a 6 horas, impreterivelmente, repercutiram em elevados escores para todos os indicadores. No entanto, foi evidenciada diferença estatisticamente significativa somente para o indicador de estrutura técnico operacional (PCET).

Alves (2015) demonstrou que no Paraná os serviços que apresentavam enfermeiro exclusivo atingiram média de conformidade superior (82,2%) à dos serviços que não possuíam enfermeiros exclusivos (47,2%), com diferença estatisticamente significativa, valor-p < 0,0001.

Pela legislação vigente, o outro membro executor de nível superior da área da saúde (SCIH), além do enfermeiro, deve cumprir carga horária mínima de 4 horas exclusivas. Nos hospitais participantes da pesquisa, observa-se que somente um médico consegue cumprir essa carga, e evidencia-se que todos os indicadores no qual o médico está presente com dedicação exclusiva apresentam escores acima de 70%. No entanto, esse número é ínfimo, não podendo sugerir aparente benefício e valor estatístico.

Na pesquisa do Paraná, os médicos com 4 horas diárias exclusivas no SCIH apresentaram conformidade média de 85,8%, superior quando comparados com os não exclusivos (61,0%) e apresentando um valor-p = 0,001. Tal achado permitiu inferir que nas unidades com presença de médico com carga horária exclusiva, os escores de conformidade obtidos foram maiores.

6.7 PERSPECTIVAS FUTURAS PARA OS PEQUENOS HOSPITAIS NO BRASIL

Pelo presente estudo, podemos evidenciar que a maior dificuldade do pequeno hospital na região estudada para o indicador 1, de Estrutura técnico-operacional para

os PCIRAS, é o déficit de profissionais da saúde atuando com exclusividade na prevenção e controle de IRAS. Estudo realizado em Ribeirão Preto por Menegueti (2013), com maioria de hospitais de pequeno porte, também evidenciou resultados semelhantes. A maioria dos demais estudos, embora também possuam em sua amostra pequenos hospitais, não os retrata isoladamente, de forma que não podemos reconhecer o impacto causado.

Provavelmente, se os pequenos hospitais possuíssem profissionais exclusivos para a atuação nos PCIRAS, os resultados nos indicadores de avaliação seriam diferentes, tendo em vista que foi observado um empenho grande dos entrevistados para conseguirem desempenhar sua função junto aos PCIRAS, em detrimento de muitas outras funções.

Por outro lado, considerando características distintas dos pequenos hospitais – em termos de admissões, menor complexidade da assistência ou de quantidade de procedimentos, menor período de internação, entre outros –, questiona-se a real necessidade desses em atender todas as determinações da Portaria vigente, nos mesmos moldes dos hospitais maiores. Além de também serem igualmente avaliados, sob os mesmos instrumentos e quesitos.

Estudos futuros devem ser envidados no sentido de averiguar quão maior ou menor são as conformidades dos PCIRAS nos pequenos hospitais, nos mesmos moldes dos hospitais maiores, e se de fato impactam ou não na incidência de IRAS. Questiona-se, também, a possibilidade de ações de controle e prevenção de IRAS agruparem-se em ações de qualidade da assistência em geral.

Percebe-se que parte dos enfermeiros dos PCIRAS já está envolvida com o núcleo de Segurança do Paciente, que, sendo uma nova exigência do Ministério da Saúde, tende fazer este percentual crescer gradativamente.

Para os pequenos hospitais (com menos de cem leitos), como reconhecidos no exterior, seria interessante a fusão entre as funções de controle e prevenção de IRAS com as denominadas de “Segurança do Paciente”, tendo em vista a proximidade das atividades com o “saber-fazer” do profissional dos PCIRAS, A iniciativa viabilizaria ambas as atividades, sem subtrair carga horária diária específica, uma vez que é mais fácil convencer os administradores a contratarem profissionais que desempenharão as duas funções propostas pela ANVISA.

Os “pequenos números” (numeradores e mesmo denominadores) dificultam enormemente a interpretação de taxas de eventos adversos infecciosos e, muitas

vezes, não são estatisticamente significativos, se calculados isoladamente e em um curto espaço de tempo (BENNETT et al., 2007). Uma boa opção seria reportar eventos sentinelas e cuidar dos processos, que, quando bem implementados, obviamente irão impactar nos riscos (taxas) que se pretende reduzir.

A Austrália demonstra uma preocupação com a temática de prevenção e controle de IRAS em pequenos hospitais, talvez por seu país possuir noventa pequenos hospitais e apenas 28 hospitais de grande porte. Em virtude dessa realidade, foi desenvolvido o Sistema de Vigilância de Infecção Hospitalar de Victorian (*Victorian Hospital-Acquired Infection Surveillance System* – VICNISS), que tem como objetivo desenvolver, implementar, apoiar e avaliar programas de vigilância em todo o estado, visando otimizar o desempenho na redução das IRAS (BENNETT et al., 2006).

A Austrália trabalha com os seguintes indicadores de processo e resultado:

- Processo: 1) Pelo menos um módulo de indicador de vigilância para antibioticoprofilaxia é necessário – apendicectomia, colecistectomia, cirurgia de cólon, cesárea, cirurgia gástrica, histerectomia abdominal, próteses de joelho e quadril, reportados a cada 25 casos; 2) pelo menos um módulo de colaboradores e vacinação para sarampo é necessário, reportado a cada novo dado.

- Resultado: 1) Vigilância de infecções multirresistentes é requerida, exceto para hospitais com 50-99 leitos, reportados a cada mês e até duas semanas do próximo mês; 2) requerido vigilância de infecções para corrente sanguínea, reportados a cada mês e até duas semanas do próximo mês; 3) opcional vigilância de evento hemodiálise ambulatorial, reportados a cada mês e até duas semanas do próximo mês; 4) opcional vigilância de infecções de sítio cirúrgico, reportados a cada mês e até seis semanas após a conclusão dos dados (BENNETT et al., 2007).

Baseado nas ideias de Wenzel (1995), um primeiro passo para a melhoria da qualidade nos pequenos hospitais seria a criação de um Departamento ou Serviço de Melhoria Contínua de Qualidade, responsável pelos serviços de prevenção e controle de IRAS e de segurança do paciente e do colaborador.

Conhecendo a dinâmica de trabalho, o pequeno volume de procedimentos e de prováveis eventos adversos infecciosos ou não, o melhor a fazer seria estabelecer metas de melhoria contínua mais praticáveis e interpretáveis, de forma a monitorar processos essenciais e alguns eventos adversos com numeradores maiores para permitir estratificação sem perder poder estatístico e estabilidade. Toda

vigilância/monitoração deverá ser voltada para a melhoria contínua. A comparação deverá ser ao longo do tempo, em séries temporais.

A maioria dos pequenos hospitais tem despendido razoáveis recursos para desenvolver programas de controle e prevenção de IRAS, na maioria das vezes padronizados em modelos de hospitais maiores e seguindo recomendações e consenso de especialistas. Nota-se que há uma ampla diversidade entre a realidade dos pequenos hospitais, de modo que se torna dificultoso estabelecer recomendações para prevenção e controle de IRAS nessas instituições.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A aplicação dos indicadores de avaliação em pequenos hospitais permitiu reconhecer as dificuldades existentes para instituir programas de prevenção e controle de infecções efetivos nessas instituições, em consonância com as recomendações da Portaria 2616/98 (BRASIL, 1998), por meio da identificação de seus índices de conformidades.

Esses indicadores já foram aplicados previamente em diferentes regiões e realidades, no entanto, o seu uso especificamente em hospitais de pequeno porte proporcionou relevante conhecimento a despeito de PCIRAS tão específicos e contingenciais no País.

No cenário escolhido, dos 27 hospitais da população de acesso, catorze contribuíram voluntariamente para a pesquisa. A participação de 51,9% dos hospitais pode ser encarada como uma parcela significativa para o reconhecimento dos PCIRAS nos pequenos hospitais da região pertencente ao DRS XVII do estado de São Paulo. Desse total, 69,2% são de entidade mantenedora particular e 71,4%, de assistência geral; todos de pequeno porte e com média aproximada de trinta leitos.

A maior frequência dos serviços de vigilância epidemiológica concentra-se nas atividades cirúrgicas, requisitadas mensalmente pelo Estado. No entanto, percebe-se um aumento da atuação em atividades relacionadas à segurança do paciente e a procedimentos invasivos mais usuais nos pequenos hospitais, além de indicadores relacionados à higiene de mãos, tão propagado recentemente em espectro mundial. São poucas as instituições que possuem UTI (21,4%), no entanto, foi evidenciado PCIRAS melhor instituídos e direcionados mais especificamente às atividades deste setor nesses hospitais.

Foram identificados fragilidades e problemas relacionados à representação da CCIH e SCIH, bem como em relação à carga horária exclusiva destinada ao SCIH. Os enfermeiros, na maioria das vezes, necessitam dividir suas atividades, em geral, com a assistência. O segundo profissional que compõe o SCIH não está presente com exclusividade em 92,9% das instituições. Isso acaba por prejudicar o direcionamento e o andamento das atividades de prevenção e controle de IRAS.

Apesar dos problemas identificados, os resultados mostraram conformidade

geral para os indicadores de 69,5%, sendo 61,0% para o indicador 1 – Estrutura Técnico-Operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCET); 84,5% para o indicador 2 – Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCDO); 57,9% para o indicador 3 – Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar (PCVE); e 74,5% para o indicador 4 – Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCCP).

Embora, o desempenho geral dos indicadores esteja abaixo do esperado em decorrência dos indicadores Estrutura Técnico-Operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCET) e Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar (PCVE), a média geral ficou muito próxima da esperada, e foi observado que existe grande esforço entre os enfermeiros dos SCIH para dar seguimento ao PCIRAS e suas atividades, ainda que as dificuldades existam.

As principais deficiências encontradas foram: falta de profissionais com dedicação exclusiva e espaço físico delimitado para as atividades desenvolvidas; falta de recomendações para lavagem e higienização de roupas; baixa confecção e disponibilização de relatórios em geral; além de poucas ou às vezes nenhuma atividade de prevenção e controle de IRAS em serviços terceirizados.

Estudos futuros precisam ser desenvolvidos para melhor reconhecimento dessa realidade no país e para direcionar propostas de atuação para o controle e prevenção de IRAS, condizentes com os pequenos hospitais, de modo a garantir melhorias na qualidade dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ADAMS, J.; BARTRAM, J.; CHARTIER, Y. (Eds). **Essential environmental health standards in health care**. Geneva: World Health Organization, 2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução - RDC nº 48 de 02 jun. 2000. Dispõe de orientações para o exato cumprimento e aplicação das diretrizes estabelecidas pela legislação sanitária pertinente. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jul. 2000. Seção 1, p. 22-24 (Republicada).

_____. Portaria nº 385, de 04 de junho de 2003. Dispõe sobre a necessidade de ajuste ao regimento interno da ANVISA. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jun. 2003, Seção 1, p. 27. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisalegis/portarias/385_03pt.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2016.

_____. Anvisa intensifica controle de infecção em serviços de saúde. Informes Técnicos Institucionais. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 475-478, 2004.

_____. **Assistência Segura**: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: ANVISA, 2013.

ALVES, D. C. I. **Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas com a Assistência à Saúde**: diagnóstico de situação em hospitais do Estado do Paraná. 2015. 226 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

ASSOCIATION FOR PROFESSIONALS IN INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOGY. **APIC Text of infection control and epidemiology**. v. 1. 4th ed. [s.l.]: APIC, 2014. Disponível em: <http://apic.org/APICStore/Products/Product?id=SLSTXT14>. Acessado em: 14 set. 2016.

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. 120 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

BARRETT, S. P. Infection control in Britain. **J Hosp Infect**, v. 50, p. 106-109, 2002.

BENNETT, N. J. et al. A profile of smaller hospitals: Planning for a novel, statewide surveillance program, Victoria, Australia. **Am J Infect Control**., v. 34, p. 170-175, 2006.

_____. Implementation of a pilot surveillance program for smaller acute care hospitals. **Am J Infect Control**, v. 35, n. 3, p. 196-199. 2007.

BITTAR, O. J. N.; MENDES, J. D. V.; MAGALHÃES, A. **Rede hospitalar no Estado de São Paulo:** mapear para regular. São Paulo: SES/SP, 2011**.**

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 out. 1988, p. 1.

_____. Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. Lei nº 9431, de 06 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da Manutenção de Programas de Controle e Infecções Hospitalares nos hospitais do país. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, 07 jan. 1997, p. 265.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 196, de 24 de junho de 1983. Dispõe sobre instruções para o controle e prevenção das infecções hospitalares. In: _____. **Manual de Controle de Infecção Hospitalar**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985a.

_____. **Terminologia Básica em Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985b.

_____. Portaria n. 930/MS, de 27 de agosto de 1992. Expede na forma de anexos, normas para o controle das infecções hospitalares. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 set. 1992, p. 12279. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 mai. 1998.

_____. Portaria nº 2225, de 05 de dezembro de 2002. Estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde, segundo sua classificação atribuída conforme os critérios do Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 dez. 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde** (PNASS). Brasília: MS, 2004a.

_____. Portaria nº 350, de 09 de março de 2004. Revoga as Portaria 2224 e 2225, que tratam da Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 mar. 2004b.

_____. Portaria nº 1.044/GM, de 01 de junho de 2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. **Diário Oficial da União**, Brasília, 02 jun. 2004c.

_____. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, 02 abr. 2013.

_____. Diagnóstico dos hospitais de pequeno porte é atualizado. **Portal da Saúde.** Brasília, 12 maio de 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/537-sgep-raiz/dai-raiz/dai-sgep/12721-diagnostico-dos-hospitais-de-pequeno-porte-e-atualizado>. Acesso em: 02 maio 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, 2015. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>. Acesso em: 05 abr. 2015.

_____. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Tipo de estabelecimento.** Brasília, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm>. Acesso em: 12 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: MS/Fiocruz/Anvisa, 2014.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Public health focus: surveillance, prevention, and control of nosocomial infection. **MMWR**, v. 41, n. 42, p. 783-787, 1992.

_____. Monitoring hospital-acquired infections to promote patient safety – Unites States, 1990-1999. **MMWR**, v. 49, n. 8, p. 149-53, 2000.

_____. National nosocomial infections surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004. **Am J Infect Control**, v. 32, p. 470-85, 2004.

CORRÊA, L. R. C. **Os hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde brasileiro e a segurança do paciente.** 2009. 126 f. Dissertação. (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. Infecção Hospitalar Epidemiologia e Controle. In: COUTO, R. C.; NOGUEIRA, J. M. **História do controle de infecção e a situação brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Medsi, 1999. p. 3-8.

DALTOÉ, T., et al. Serviços de Controle de Infecção Hospitalar: características, dimensionamento e atividades realizadas. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 12, n. 1, p. 35-45, 2014.

FERNANDES, A. T. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FONTANA, R. T.; LAUTERT, L. A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. **Rev Bras Enferm**. v. 59, n. 3, p. 257-261, 2006.

FORTALEZA, C. M. C. B. et al. **Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) em hospitais brasileiros:** prevalência, fatores de risco, prognóstico, custos e infraestrutura para prevenção e controle. Manual operacional para coleta de dados. Etapa 1 (Inquérito de prevalência de IRAS e avaliação de infraestrutura para prevenção e controle). São Paulo: [s.n.], 2011.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO (ONCOCENTRO-SP). **Caracterização da assistência oncológica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo**. RRAS 17 – DRS Taubaté. São Paulo: Oncocentro-SP, 2014.

GARDNER, A. N. M. et al. The infection control sister. **Lancet**, v. 2, p. 710-711, 1962.

GARNER, J. S. **Guideline for prevention of surgical wound infections. Hospital Infections Program**. Atlanta: Centers for Infectious Diseases Center for Disease Control – CDC, 1985.

GOLDMANN, D. A. Nosocomial infection control in the United States of America. **J Hosp Infect**, v. 8, p. 116-128, 1986.

GOLDRICK, B. A. The practice of infection control and applied epidemiology: a historical perspective. **AJIC Major Articles**, v. 33, n. 9, p. 493-500, 2005.

GOMES, L. F. R. **Infecção hospitalar:** estudo de caso em um hospital universitário de Manaus, no período de 1997 a 2002. 2004.155f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2004.

GORBACK, S. L.; BARTLETT, J. G.; BLACKLOW, N. R. Infectious Diseases. In: YOKOE, D. S. **Epidemiology and prevention of nosocomial infections**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. p. 78-90.

HALEY, R. W. et al. Hospital infection control: recent progress and opportunities under prospective payment. **Am J Infect Control**, v. 13, n. 3, p. 97-108, 1985a.

_____. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. **Am J Epidemiol**, v. 121, n. 2, p. 182-205, 1985b.

HARBARTH, S.; SAX, H.; GASTMEIER, P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. **J Hosp Infect**, v. 54, n. 4, p. 258-266, 2003.

HARRIS, A. D.; MCGREGOR, J. C. The importance of case-mix adjustment for infection rates and the need for more research. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 29, n. 8, p. 693-694, 2008.

HEALTHCARE INFECTION CONTROL PRACTICE ADVISORY COMMITTEE (HICPAC). About HICPAC. Atlanta, 2009-2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/>. Acesso em: 7 jun. 2016.

HOEFEL, H. H. K. O controle de infecções e o ensino. **Rev Epidemiol Control Infect**. v. 2, n. 2, p. 38-40, 2012.

JARVIS, W. R. Infection control and changing health-care delivery systems. **Emerg Infect Dis**, v. 7, n. 2, p. 170-173, 2001.

KLEVENS, R. M. et al. Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U. S. Hospitals. **Public Health Resp**, v. 122, p. 160-167, 2007.

KOHN, L. T. et al. **To err is human**. Washington, DC: National Academic Press, 2000.

KREIN, S. L. et al. Preventing hospital-acquired infections: a national survey of practices reported by U.S. hospitals in 2005 and 2009.
J Gen Intern Med, v. 27, n. 7, p. 773-779, 2011.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Hospital Performance in Brazil:** the search for excellence. Washington: The World Bank, 2008.

LACERDA, R. A.; JOUCLAS, V. M. G.; EGRY, E. Y. **A face iatrogênica do hospital:** as demandas para o controle das infecções hospitalares. São Paulo: Atheneu, 1996.

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 Lat Am Enferm**, v. 5, n. 4, p. 13-23, 1997.

LACERDA, R. A. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas. **Rev Lat Am Enferm**, v. 10, n. 1, p.55-63, 2002.

LEAL, R. M.; MORGADO, R. R. Entidades filantrópicas de saúde integrantes do SUS – uma avaliação do programa de apoio do BNDES: 1999-2007. **BNDES**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 37-72, 2008.

LILI, M. et al. A framework for infection control surveillance using association rules. **Proc AMIA Annu Symp.**, p. 410-414, 2003.

LIMA, L. A. P. **Avaliação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em hospitais no município de Teresina – PI**. 2011. 101 f. Dissertação. (Mestrado em Farmacologia) – Departamento de Fisiologia e Farmacologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

LYRIO, L. N. S. **As ações para o controle das infecções hospitalares em Aracaju:** resultados de um inquérito da Vigilância Sanitária Municipal. 2012. 45f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

MARTINS, M. A. Aspectos históricos das infecções hospitalares. In: OLIVEIRA, A. C.; ALBUQUERQUE, C. P.; ROCHA, L. C. M. **Infecções Hospitalares:** abordagem, prevenção e controle. Rio de Janeiro: MEDSI, 1998. p. 1-7.

MEERS, P. D. The organization of infection control in hospitals. **J Hosp Infect**, v. 1, p. 187-191, 1980.

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

MORTON, A. P. et al. Surveillance of healthcare-acquired infections in Queensland, Australia: data and lessons from the first 5 years. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 29, n. 8, p. 695-701, 2008.

NAVARRETE-NAVARRO, S.; RANGEL-FRAUSTO, M. S. Las infecciones nosocomiales y la calidad de la atención médica. **Salud Pública Méx**, v. 41, p. S64-68, 1999. Suplemento 1.

NOGUEIRA JUNIOR, C. et al. Characterization of epidemiological surveillance systems for healthcare-associated infections (HAI) in the world and challenges for Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 11-20, 2014.

OLIVEIRA, T. C.; BRANCHINI, M. L. M. Infection control in a Brazilian regional multihospital system. **Am J Infect Control**, v. 27, n. 3, p. 262-269, 1999.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). A ONA e histórico. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.ona.org.br>. Acessado em: 13jul. 2016.

PADOVEZE M. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 995-1001, 2014.

PAES, P. Projeto de lei nº 124 de 2004. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção, pelos serviços de saúde do País, de um Programa de Controle de Infecções na Assistência à Saúde, e dá outras providências. **Diário do Senado,** Brasília, 13 maio 2004, p. 13943-13947.

PRADE, S. S. et al. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. **Rev Controle Infecção Hosp**. v. 2. p. 11–24, 1995.

RAO, T. V. **Infection control committee**. Need constitution and responsabilities. 2011. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/doctorrao/infection-control-committee>. Acesso em: 14 set. 2016.

REESE, S. M. et al. Infection prevention needs assessment in Colorado hospitals: Rural and urban settings. **Am J Infect Control**. v. 42, p. 597-601, 2014.

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. 135 f. Dissertação. (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Estado de São Paulo. Secretaria do Estado da Saúde. **Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar**. São Paulo: SES/SP, 2006.

SILVA, C. P. R. **Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar:** construção e validação. 2005 152 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____. **Proposta de validação de Programas de Controle de Infecção Hospitalar**: validação das propriedades de medidas e diagnóstico parcial de conformidade em serviços de saúde do município de São Paulo. 2010. 163 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SILVA, R. F. A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina. **Rev Latino-Am Enferm**. v. 11, n. 1, p. 108-111, 2003.

SMITH, P. W.; WATKINS, K.; HEWLETT, A. Infection control through the ages. **Am J Infect Control.**, v. 40, p. 35-42, 2012.

SOUSA, C. M. M. et al. Representações sociais das implicações legais da infecção hospitalar e seu controle. **Rev Bras Enferm**. v. 60, n. 4, p. 428-433, 2007.

STEVENSON, K. B. et al. Assessing the status of infection control programs in small rural hospitals in the western United States. **Am J Infect Control**, v. 32, n. 5, p. 255-261, 2004.

STONE, P. W.; LARSON, E.; KAWAR, L. N. A systematic audit of economic evidence linking nosocomial infections and infection control interventions: 1990-2000. **Am J Infect Control**, v. 30, n. 3, p. 145-152, 2002.

STONE, P. W. et al. Staffing and structure of infection prevention and control programs. **Am J Infect Control**, v. 37, n. 5, p. 351-357, 2009.

UGÁ, M. A. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência & Saúde Coletiv**, v. 12, n. 4, p. 915-928, 2007.

VAN DEN BROEK, P. J. et al. How many infection control staff do we need in hospitals? **J Hosp Infect**, v. 65, n. 2, p. 108-111, 2007.

WEINSTEIN, R. A. Nosocomial infection update. **Emerg Infect Dis**, v. 4, n. 3, p. 416-420, 1998.

WENZEL, R. P. The hospital epidemiologist: practical ideas. **Infection Control**, v. 16, n. 3, p. 166-169, 1995.

_____. Hospital epidemiology. Beyond infection control and toward quality assurance. **Clin Microbiol Newsletter**, v. 10, p. 60-62, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report. Improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

_____. **Guidelines on Hand Hygiene in Health Care**. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: WHO, 2009.

_____. Regional Office for South-East Asia and Regional Office for Western Pacific. **Practical guidelines for infection control in health care facilities**. 2014. Disponível em: <http://www.wpro.who.int/publications/docs/practical_guidelines_infection_control.pdfo>. Acesso em: 14 set. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS HOSPITAIS E DOS PCIRAS

Pesquisa: A realidade dos programas de prevenção e controle de infecções relacionadas a assistência à saúde em pequenos hospitais

A) DA INSTITUIÇÃO

Região de Saúde
( ) Alto Vale do Paraíba ( ) Circuito da Fé – Vale Histórico
( ) Litoral Norte ( ) Vale do Paraíba – Região Serrana

Tipo de Assistência ( ) Geral ( ) Especializada

Nº Leitos: _____

Entidade Mantenedora
( ) Pública ( ) Estadual ( ) Privada ( ) Mista
( ) Outra: _____

Serviços e clínicas especializadas disponíveis:
Ambulatório: ( ) Sim( ) Não
Clínica Médica: ( ) Sim ( ) Não
Clínica Cirúrgica: ( ) Sim ( ) Não
Pediatria: ( ) Sim ( ) Não
Laboratório de Análises Clinica próprio: ( ) Sim ( ) Não
Unidade de Centro Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não
Caso sim, quantas salas cirúrgicas possui: _____
Qual o volume médio mensal total de cirurgias nos últimos 6 meses: _____
Qual o volume médio mensal de cirurgias limpas nos últimos 6 meses: _____
Qual o volume médio mensal de cesáreas nos últimos 6 meses: _____
Há a implantação da cirurgia segura?
( ) Sim ( ) Não
Unidade de Obstetrícia: ( ) Sim ( ) Não
Unidade de Pronto-socorro: ( ) Sim ( ) Não
Unidade de Terapia Intensiva: ( ) Sim ( ) Não
Sala de Reabilitação: ( ) Sim ( ) Não
Isolamento: ( ) Sim ( ) Não
Hospital Dia: ( ) Sim ( ) Não
Outros: _____

Certificação de qualidade em saúde ( ) Sim( )Não.
Caso sim, especificar: _____

B) DA CCIH

Natureza ( ) Própria ( ) Consorciada
( ) Outra: _____

Ano de implantação:_____

Serviços representados: ( ) enfermagem; ( ) médico;
( ) farmacêutico; ( ) bioquímico; ( ) administrador;
( ) Outros:_____

Participação em comissões técnicas ( )Sim( ) Não.
Caso sim, quais: _____
_____

Notificação de atividades do PCIH à Comissão Estadual/Distrital
( ) Sim. Forma: _____
Periodicidade: _____
( ) não

Notificação compulsória de doenças ao órgão gestor do SUS
( ) Sim( ) Não

Divulgação das atividades de prevenção e controle de IRAS junto à comunidade hospitalar:
( ) Sim. Forma:_____
Periodicidade:_____
( ) Não

Indicadores epidemiológicos para notificar ocorrências de IRAS
( ) geral ( ) pacientes ( ) cirurgias limpas
( ) letalidade ( ) cesáreas
( ) topografia. Quais: _____
( ) procedimentos. Quais: _____
( ) Outros: _____

Utilizam esses indicadores epidemiológicos para implementar melhorias:
( ) Sim. Quais: _____
( ) Não

Mecanismo para a detecção de casos de infecção hospitalar pós-alta ( ) Sim. Quais: _____
( ) Não

Outros indicadores, além dos epidemiológicos
( ) higienização das mãos ( ) curativos
( ) aspiração de secreções ( ) microrganismos
( ) consumo de álcool-gel ( ) Rastreabilidade de materiais da CME
( ) Controle de vetores, água e gestão de risco
( )Outros: _____

Utilizam esses indicadores para implementar melhorias:
( ) Sim ( ) Não

C) DO SCIH

Ano de implantação do Serviço na instituição: _____
( ) Própria ( ) Consorciada

Categorias profissionais integrantes do Serviço:
( ) enfermeiro ( ) médico ( ) farmacêutico
( ) outras: _____
Especialidade médica: _____

Vínculo dos profissionais integrantes.
Enfermeiro: ( ) concursado ( ) contratado por teste seletivo
( ) autônomo( ) outros: _____
Médico: ( ) concursado ( ) contratado por teste seletivo
( ) autônomo ( ) outros:_____
Outra categoria profissional (_____): ( ) concursado
( ) contratado por teste seletivo ( ) autônomo
( ) outros:_____

Carga horária diária de dedicação exclusiva
Enfermeiro: _____Médico: _____Farmacêutico:_____
( ) Outro (_____):_____

Consegue cumprir estas horas de trabalho na SCIH a respeito de outras demandas do hospital?
( ) Sim ( ) Não

A dedicação do enfermeiro do SCIH é exclusiva ou há a necessidade de dividir funções com outro serviço?
( ) Sim ( ) Não. Qual(is): _____

Tempo de experiência em SCIH
Enfermeiro:_____ Médico: _____
Outro membro (_____): _____

D) CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS DO SCIH

Conhecimento prévio para atuar no controle e prevenção de IRAS.
( ) Sim. Especificar_____
( ) Não

Tipos de capacitação concluídos ou em andamento dos enfermeiros para atuar no SCIH
( ) Doutorado;
( ) Mestrado;
( ) Especialização (360 horas);
( ) Cursos de Aperfeiçoamento (180 horas);
( ) Cursos de Extensão (30 horas);
( ) Cursos de curta duração.
( ) Outros: _____

Participação em sociedades de especialistas; técnicas relacionadas à prevenção e controle de IRAS:
( ) Sim. Especificar: _____
( ) Não

Acesso a livros técnicos e literatura científica sobre controle e prevenção de IRAS:
( ) Sim. Especificar: _____
( ) Não

Periodicidade de participação em atividades de capacitação, eventos e divulgação de trabalhos sobre IRAS (a partir do início da atuação no SCIH):
Capacitação: ( ) ainda não participou; ( ) bimestral; ( ) semestral; ( ) anual; ( ) outra: _____
Eventos: ( ) ainda não participou; ( ) bimestral; ( ) semestral; ( ) anual; ( ) outra: _____
Divulgação de trabalhos: ( ) ainda não participou; ( ) bimestral; ( ) semestral; ( ) anual; ( ) outra: _____

Alguns aspectos relevantes para atuar no SCIH
Facilitadores:_____
_____
Dificultadores:_____
_____

Há o Núcleo de Segurança do Paciente na sua instituição?
( ) Sim ( ) Não

Se sim, existe um enfermeiro para coordenar este serviço?
( ) Sim ( ) Não

E) CAPACITAÇÃO AOS TRABALHADORES DA INSTITUIÇÃO PELOS MEMBROS DA CCIH E SCIH

Por ocasião da contratação ( ) Não
( ) Sim. Categorias profissionais contempladas:_____
_____

Aos admitidos em novo setor ( ) Não
( ) Sim. Categorias profissionais contempladas_____
Por periodicidade ( ) bimestral ( ) semestral( ) anual
( ) Outra: _____

Foram evidenciadas alterações nos indicadores de controle de infecção hospitalar mediante a realização de capacitação e treinamento contínuo? ( ) Sim ( ) Não

Forma(s) de realização das capacitações:
_____
_____
_____
_____

Temáticas desenvolvidas nos dois últimos anos:
_____
_____
_____
_____

Procedimento(s) utilizados para avaliação/*feedback*:
_____
_____
_____
_____

APÊNDICE B

MANUAL OPERACIONAL PARA COLETA DE DADOS DE CARACTERIZAÇAO DOS HOSPITAIS E DE SEUS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCIRAS)

1. Apresentação

O presente manual operacional de coleta de dados é componente integrante da dissertação intitulada: "A Realidade dos Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em pequenos hospitais". Deverá ser utilizado como documento de referência para o desenvolvimento da pesquisa de campo.

Instruções gerais para a utilização dos formulários

- O primeiro formulário a ser aplicado será o de Caracterização Geral dos Hospitais/PCIRAS (Apêndice D).
- Para a avaliação da estrutura será aplicado o segundo formulário que se refere aos indicadores de avaliação de Programas de Controle e Prevenção de IRAS (Anexo 1).
- Todos os formulários devem ser preenchidos a caneta e com letra legível.
- Antes da finalização da entrevista, verificar se não faltam dados a serem preenchidos.
- Dados não existentes devem ser preenchidos com traços. Não deixar campos em branco.

2. Definições

Hospital de pequeno porte: Hospital com capacidade instalada até 50 leitos. No presente estudo, estendeu-se este número para 70, tendo em vista, a Portaria 2616/98 para recursos humanos em políticas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

Entidade mantenedora: pessoa jurídica de direito público ou privado ou pessoa física que provê os recursos necessários para o funcionamento de outras entidades. Considerar mista, quando há mais de uma mantenedora.

Cirurgia limpa: cirurgia não infectada, na qual não é encontrada inflamação e na qual não é penetrado o trato respiratório, alimentar, genital ou urinário. São fechadas por primeira intenção e utiliza-se dreno fechado. Trauma fechado (com ferimento não penetrante) deve ser incluída nesta categoria se atender a estes critérios.

Sala de reabilitação: Local de recuperação/recapacitação.

Isolamento: Segregação de pessoas ou animais infectados, durante o período de transmissibilidade da doença, em lugar e condições que evitem a transmissão do agente infeccioso aos suscetíveis.

Hospital-dia: modalidade de assistência na qual o doente utiliza, com regularidade, os serviços e o leito hospitalar, apenas durante o período diurno.

Certificação de qualidade em saúde: procedimento de avaliação dos recursos institucionais, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade de assistência através de padrões previamente aceitos.

Natureza consorciada: associação de hospitais para a execução de uma finalidade conjunta.

Comissões técnicas: são órgãos operacionais responsáveis por elaborar, atualizar e renovar determinadas e específicas áreas na saúde.

Notificação compulsória: comunicação oficial da ocorrência de casos de determinada doença à autoridade competente por um notificante. Destina-se a conhecer os casos de interesse a saúde pública na comunidade.

Indicadores epidemiológicos: qualquer medida ou observação classificável, qualitativamente ou quantitativamente, capaz de "revelar" uma situação não aparente ligado ao processo saúde-doença.

Auditoria interna: exame sistemático das atividades desenvolvidas em determinada empresa ou setor que tem o objetivo de avaliar o processo de gestão no que se refere a aspectos como a governança corporativa, gestão de riscos e procedimentos de aderências as normas, a fim de apontar eventuais desvios e vulnerabilidade às quais a organização está sujeita.

Vigilância epidemiológica: acompanhamento contínuo e sistematizado da ocorrência de determinada doença e de seus fatores condicionantes, com o objetivo de orientar a utilização de medidas de controle pertinentes.

Filtro HEPA: filtros de ar com tecnologia de alta eficiência empregada na separação de partículas.

Membros executores da CCIH: representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e são encarregados da execução do programada de controle de infecção hospitalar.

Resíduos de serviço de saúde: restos orgânicos ou materiais oriundos de hospitais, drogarias, consultórios médicos e odontológicos, laboratórios de análises clínicas, dentre outros estabelecimentos que prestam serviços semelhantes a estes.

Material biológico: fluidos orgânicos potencialmente infectantes ou não infectantes, como: sangue, liquor, sêmen, secreção vaginal, líquido pleural, fezes, urina, saliva, suor, dentre outros.

Doenças infectocontagiosas: doenças causadas por um agente biológico como, por exemplo, vírus e bactérias, transmissíveis por contato direto ou indireto com indivíduos infectados.

Pacientes imunodeprimidos: indivíduos que não apresentam reações imunitárias normais, ou seja, que possui o sistema imunológico enfraquecido.

Sítio cirúrgico: local específico do corpo humano submetido ao procedimento cirúrgico.

Soluções germicidas: substâncias químicas que matam formas vegetativas de microrganismos, não necessariamente patogênicos. Nem sempre extermina as formas esporuladas.

Soluções antissépticas: substâncias cujas propriedades tem a finalidade de destruir ou inibir a multiplicação e proliferação de microrganismos.

Desinfecção: processo no qual é reduzida ao máximo a carga de contaminação, contribuindo com a redução da possibilidade de transmissão de infecções oriundas de fontes inanimadas.

Esterilização: processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de microrganismos.

Busca ativa: estratégia na qual um profissional de saúde procura identificar e detectar precocemente novos casos de enfermidades.

Antibióticos profiláticos: medicação utilizada em pacientes que não apresentam sinais ou sintomas de infecções com o objetivo de prevenir o seu surgimento em situações de alto risco.

3. Coleta de dados para Caracterização geral dos hospitais/PCIRAS

Local: Comissões de controle de infecção hospitalar de todos os hospitais pertencentes a amostra, UTI (se houver), Isolamento (se houver) e um setor hospitalar.

Dias de realização: dias úteis de acordo com a disponibilidade da instituição a ser pesquisada.

Método de levantamento de dados:
Realizar contato com o enfermeiro responsável pela CCIH e:

Informar:

- Os objetivos gerais da pesquisa
- Os responsáveis pela pesquisa
- A autorização de comitê de ética, da instituição e a confidencialidade dos dados do paciente.
- A necessidade de coletar dados nas seguintes fontes: atas de reuniões, relatório de atividades e regimento interno.

Solicitar:

- Informação sobre presença de leitos de isolamento e UTI e, se houver, realizar auditoria. Realizar, também, auditoria para estrutura e manejo de perfuro cortantes em um setor hospitalar.

3.1 Apêndice D: Caracterização geral dos hospitais/PCIRAS

Orientações gerais: este formulário deverá ser utilizado para caracterizar as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Número de leitos: registrar o número de leitos disponíveis na instituição. Não considerar como leitos disponíveis: leitos em manutenção (dentro ou fora da unidade), leitos interditados por falta de recursos humanos, leitos interditados por questões operacionais da instituição.

Ano de implantação da CCIH: Considerar provas documentais apresentadas em atas de reuniões e relatórios de atividades.
Ano de implantação do SCIH: Considerar provas documentais apresentadas em atas de reuniões e relatórios de atividades.
Carga horária diária de dedicação exclusiva: Evidenciar por meio de entrevista.
Tempo de experiência em SCIH: Evidenciar por meio de entrevista.

Campos para serem preenchidos <u>somente uma</u> alternativa (assinalar com X), especificar quando existente outras alternativas não especificadas:

- Região de Saúde
- Tipo de assistência
- Serviços especializados
- Certificação de qualidade em saúde
- Natureza da CCIH
- Participação da CCIH em comissões técnicas, como:
- Notificação de atividades do PCIH à Comissão Estadual/Distrital
- Notificação compulsória de doenças ao órgão gestor do SUS
- Divulgação das atividades de prevenção e controle de IRAS junto à comunidade hospitalar
- Utilizam esses indicadores epidemiológicos para implementar melhorias
- Mecanismo para a detecção de casos de infecção hospitalar pós-alta
- Utilizam esses indicadores, além dos epidemiológicos, para implementar melhorias:
- Vínculo dos profissionais integrantes (por especialidade)
- Conhecimento prévio para atuar no controle e prevenção de IRAS.

- Tipos de capacitação concluídos ou em andamento dos enfermeiros para atuar no SCIH
- Participação em sociedades de especialistas; técnicas relacionadas à prevenção e controle de IRAS:
- Acesso a livros técnicos e literatura científica sobre controle e prevenção de IRAS:
- Periodicidade de participação em atividades de capacitação, eventos e divulgação de trabalhos sobre IRAS (a partir do início da atuação no SCIH):
- Foram evidenciadas alterações nos indicadores de controle de infecção hospitalar mediante a realização de capacitação e treinamento contínuo?

Campos para serem preenchidos com múltiplas alternativas se existentes (assinalar com X), especificar quando solicitado:

- Serviços representados na CCIH
- Indicadores epidemiológicos para notificar ocorrências de IRAS.
- Outros indicadores, além dos epidemiológicos
- Categorias profissionais integrantes do SCIH
- Tipos de capacitação concluídos ou em andamento dos enfermeiros para atuar no SCIH

Campos descritivos:

- Solicitar ao entrevistado que cite aspectos facilitadores e dificultadores para atuar no SCIH
- Solicitar ao entrevistado que cite forma(s) de realização das capacitações, temáticas desenvolvidas nos dois últimos anos, procedimento(s) utilizados para avaliação/*feedback*.

4. Coleta de dados para avaliação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar

Local: Comissões de controle de infecção hospitalar de todos os hospitais pertencentes a amostra.

Dias de realização: dias úteis de acordo com a disponibilidade da instituição a ser pesquisada.

Método de levantamento de dados:
Realizar contato com o enfermeiro responsável pela CCIH e:

4.1 Anexo 1: Indicadores de avaliação de Programas de Controle e Prevenção de IRAS

4.1.1 Indicador 1: Estrutura técnico-operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCET)

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

b) Cálculo do Indicador:

$$\frac{\sum \textbf{valores} \text{ dos componentes do indicador } \textbf{PCET atendidos}}{\sum \textbf{total dos valores} \text{ obtidos dos componentes do indicador } \textbf{PCET}} \times 100$$

c) Fontes de Informação:

Duas fontes principais são utilizadas para avaliação desta função:

- Documentais. Os documentos se referem às normas institucionais, atas de instituição do PCIH e de reuniões periódicas, relatórios e ou qualquer outro registro formal utilizado no serviço de saúde.
- Entrevistas. Realizadas com os próprios profissionais que atuam em controle de infecção hospitalar.

Observações: A evidência de que o PCIH se encontra atuante e de que há continuidade e regularidade de determinadas atividades devem ser obtidos pela averiguação de atas de reuniões e relatórios 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.

d) Critérios para a avaliação:

- **Atende (AT):** quando as fontes documentais exigidas estão presentes e é possível validá-las por meio de entrevistas com profissionais envolvidos e/ ou acompanhamento das atividades em questão (evidencias);
- **Não Atende (NA):** quando as fontes documentais exigidas não estão presentes.

4.1.1.1 Evidências possíveis para o indicador 1 - Estrutura técnico operacional do programa de prevenção e controle de infecção hospitalar (PCET):

CÓDIGO	COMPONENTES	EVIDÊNCIAS
PCETMS	A CCIH É REPRESENTADA, NO MÍNIMO, POR MEMBROS DO SERVIÇO MÉDICO, ENFERMAGEM E ADMINISTRAÇÃO.	- Há norma de funcionamento ou regimento interno da CCIH/SCIH. **OU** **-** Há documento formal de nomeação dos membros da CCIH/SCIH. **E** - Há atas de reuniões periódicas que validem a participação dos membros.
PCETRG	HÁ UM REGIMENTO QUE DETERMINA O FUNCIONAMENTO DA CCIH E/OU SCIH.	- Há norma ou regimento institucional que descreva as principais atividades e forma de trabalho da CCIH/SCIH.
PCETPE	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 (CONSORCIADO OU NÃO).	- Evidenciar por meio de entrevista quais os profissionais que trabalham exclusivamente com controle de IH. Obrigatoriamente devem ter nível superior (2/200 leitos). Preferencialmente um deve ser enfermeiro. **E** - Há documento que evidencie o trabalho desses colaboradores (ata de reunião, relatórios de atividades ou ainda ficha funcional de RH).
PCETDE	O ENFERMEIRO ATUA COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA NO SERVIÇO, PELO MENOS 6 HORAS/DIA.	- Evidenciar por meio de entrevista o trabalho exclusivo do enfermeiro com controle de IH. **E** Há documento que evidencie o trabalho desse colaborador (ata de reunião, relatórios de atividades ou ainda ficha funcional de RH/descrição de cargos)

PCETDO	HÁ OUTRO PROFISSIONAL COM NÍVEL SUPERIOR, QUE ATUA COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA NO SERVIÇO, PELO MENOS 4 HORAS/DIA.	- Evidenciar por meio de entrevista o trabalho exclusivo de pelo menos mais de um colaborador de nível superior com controle de IH. **E** - Há documento que evidencie o trabalho desse colaborador (ata de reunião, relatórios de atividades ou ainda ficha funcional de RH/descrição de cargos/contratos de prestação de serviços).
PCETRP	A CCIH REALIZA REUNIÕES PERIÓDICAS COM PARTICIPAÇÃO DOS MEMBROS EXECUTIVOS E LIDERANÇAS.	- Há evidências de reuniões periódicas (conforme explicitado em regimento ou norma), com participação dos membros executivos e lideranças, registrado em atas.
PCETMP	HÁ SUPORTE DE LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA E PATOLOGIA, PRÓPRIO OU TERCEIRIZADO.	- Há evidências de apoio de laboratório (clínico e patológico) com envio de resultados impressos ou por meio digital, ou ainda relatórios de resultados de perfil de sensibilidade microbiana periodicamente (diariamente/semanalmente).
PCETEF	HÁ ESPAÇO FÍSICO DELIMITADO E EXCLUSIVO PARA AS ATIVIDADES DIÁRIAS, ARQUIVOS E OUTROS DA CCIH OU DO SCIH.	- Checar estrutura física para as atividades diárias de controle de IH, como sala exclusiva, mobiliários adequados, computador, armários, linha telefônica, literatura, dentre outros, que evidenciem trabalho contínuo e exclusivo.
PCETRI	HÁ DISPONIBILIZAÇÃO DE RECURSOS INFORMATIZADOS PARA AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA CCIH OU SCIH.	- Checar estrutura de informação para as atividades diárias de controle de IH, como computador, e-mail, telefones, software, dentre outros (tipo de informação e periodicidade), que evidenciem trabalho contínuo e exclusivo.
PCETRE	A ADMINISTRAÇÃO DISPONIBILIZA DADOS ESTATÍSTICOS (Nº DE ADMISSÕES, ALTAS, ÓBITOS, PACIENTES/DIA, DENTRE OUTROS) PARA REALIZAÇÃO DE RELATÓRIOS DA CCIH OU SCIH.	- A administração disponibiliza, formalmente, por meio de relatórios estatísticos e/ou informes (impressos e/ou digitais), número de admissões, altas, óbitos, pacientes-dia, dispositivos-dia, dentre outros. **E** - Existem relatórios formais realizados pela CCIH/SCIH que evidenciem o uso desses dados.

4.1.2. Indicador 2: Diretrizes operacionais de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCDO)

a) Descrição: 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 continua em CIH. Ressalta-se que este indicador avalia a existência (elaboração) destas diretrizes, mas não **se** e **como** elas são aplicadas. Tal processo é contemplado nos indicadores PCVE e PCCP.

b) Cálculo do Indicador:

$$\frac{\sum \textbf{valores} \text{ dos componentes do indicador PCDO } \textbf{atendidos}}{\sum \textbf{total dos valores} \text{ obtidos dos componentes do indicador do indicador } \textbf{PCD(aplicáveis}} \times 100$$

a) Fontes de informação:

- Documentais. Verificação das diretrizes específicas de controle e prevenção de IRAS para um dado serviço, **elaboradas separadamente** ou **incluídas em manuais de organização** e operacionalização gerais. Atas de reuniões, relatórios e ou outros registros formais também podem constituir fonte de informação, desde que relacionem dados mínimos de qualificação.

d) Critérios para a avaliação:

- **Atende (AT)**: Possui diretriz escrita, disponível e qualificada. Dados mínimos que **qualificam** o conteúdo de tais diretrizes referem-se a: **definição** da diretriz; procedimentos a serem realizados; **bibliografia** que fundamenta cada diretriz atualizada e pertinente.
- **Não Atende (NA)***:* Não possui diretriz escrita ou ela não está disponível ou não apresenta qualificação mínima.
- **Inaplicável (INA):** A instituição não possui serviço ou não realiza procedimento de assistência relacionado. Em razão de características e especificidade, nem todas as instituições de saúde necessitam apresentar todos os itens de avaliação estabelecidos nesta função, quando não possuírem serviços ou não realizarem procedimentos de assistência a eles relacionados. Nesses casos, elas deverão ser consideradas como *inaplicáveis* (**INA**).

4.1.2.1 Evidências possíveis para o indicador 2 – Diretrizes operacionais de prevenção e controle e infecção hospitalar (PCDO):

- ✓ Para esse indicador todos os componentes devem ter recomendações formalmente descritas e institucionalizadas (diretrizes operacionais; normas técnicas; procedimentos operacionais padrão – POP; manuais), para cada um dos itens em questão, objetivamente desde que aplicáveis ao Serviço de Saúde.

  E
- ✓ Esses documentos devem estar disponíveis no CIH/SCIH e preferencialmente também nas unidades assistenciais (impressos e/ou em meio digital).

  E
- ✓ Esses documentos devem ser qualificados com referências nacionais e internacionais (bibliografia) periodicamente revisados conforme vigência e atualizações.

4.1.3. Indicador 3: Sistema de vigilância epidemiológica de Infecção Hospitalar (PCVE)

a) Descrição: avalia se o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) possui e executa um sistema de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares, por meio de atividades que incluem busca e notificação de casos de IRAS em pacientes internados e após a alta, com utilização de metodologias específicas, elaboração de indicadores epidemiológicos de IRAS e de relatórios, assessoria, consultoria, entre outras. Atividades essas, essenciais para o trabalho em controle de infecção hospitalar.

b) Cálculo do Indicador:

$$\frac{\sum \text{valores dos componentes do indicador PCVE atendidos}}{\sum \text{total dos valores dos componentes do indicador PCVE}} \times 100$$

c) 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 IRAS).
- Entrevistas. Realizadas com os próprios profissionais que atuam em controle de infecção hospitalar. Questionar o detalhamento de como é feita a vigilância e verificar um exemplo de vigilância em loco.

d) Critérios para a avaliação:

A verificação da existência e regularidade de ações de vigilância epidemiológica deve analisar documentos elaborados durante um **período de pelo menos 6 meses**. Caso o serviço tenha existência inferior a 6 meses, considerar o tempo de existência do mesmo.

- **Atende (AT):** quando as fontes documentais exigidas estão presentes e é possível validá-las por meio de entrevistas com profissionais envolvidos e/ ou acompanhamento das atividades em questão (evidencias);
- **Não Atende (NA):** quando as fontes documentais exigidas não estão presentes e/ ou não há evidencias da unidade de analise em questão (entrevistas com profissionais envolvidos, acompanhamento de atividades, etc.).

4.1.3.1 Evidências possíveis para o indicador 3 – Sistema de vigilância epidemiológica de infecção hospitalar (PCVE):

CÓDIGO	COMPONENTES	EVIDÊNCIAS
PCVEIH	REALIZA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (GLOBAL OU POR COMPONENTE) COM PERIODICIDADE DETERMINADA.	- Há registro das visitas e/ou acompanhamento de casos suspeitos e confirmados de IH nas unidades pré-estabelecidas para vigilância epidemiológica ou globalmente realizadas (relatórios estatísticos, atas, instrumentos de busca) com periodicidade pré-determinada pelo serviço. **E** - O profissional de controle de IH, em entrevista, é capaz de descrever detalhadamente o processo de vigilância epidemiológica das IH.

PCVEBA	REALIZA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE IH POR MEIO DE BUSCA ATIVA DE CASOS.	- Há registro das visitas e/ou acompanhamento de casos suspeitos e confirmados de IH nas unidades pré-estabelecidas para busca ativa de casos (relatórios estatísticos, atas, instrumentos de busca). **E** - O profissional de controle de IH, em entrevista, é capaz de descrever detalhadamente o processo de busca ativa de casos de IH.
PCVEUR	REALIZA BUSCA ATIVA DE CASOS DE IH NAS UNIDADES DE MAIOR RISCO (UTI, BERÇÁRIO, QUEIMADOS, DENTRE OUTROS).	- Há registro de visitas e/ou acompanhamento de casos suspeitos e confirmados de IH nas unidades de maior risco, pré-estabelecidas pela instituição de saúde (relatórios estatísticos, atas, instrumentos de busca). **E** - O profissional de controle de IH, em entrevista, é capaz de descrever detalhadamente o processo de busca ativa de casos de IH.
PCVEMI	MONITORA COM PERIODICIDADE E REGISTROS REGULARES, RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS DE CULTURAS, QUE IDENTIFICAM CEPAS OU ESPÉCIES DE MICRO-ORGANISMOS, INCLUSIVE RESISTENTES.	- Há registro formal do perfil microbiológico e perfil de sensibilidade a antimicrobianos, periodicamente, anualmente ou intervalos menores (relatórios, atas de reuniões).
PCVECD	HÁ CRITÉRIOS PRE-DETERMINADOS PARA DIAGNÓSTICO DE IH.	- O profissional de controle de IH é capaz de descrever os critérios utilizados para diagnosticar e notificar casos de IH. **E** - Os critérios estão disponíveis para consulta em impressos ou em meio digital.
PCVERE	PRODUZ RELATÓRIO PERIÓDICO DOS RESULTADOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (NÍVEIS ENDÊMICOS).	- Há evidências de elaboração de relatório estatístico com o resultado da vigilância epidemiológica das IH, periodicamente (mensal ou bimestral), com estabelecimento de níveis endêmicos (relatórios, gráficos, atas de reuniões).

PCVEAL	OS RELATÓRIOS ANALISAM E INFORMAM ALTERAÇÕES DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO (DESCRITIVOS E/OU GRÁFICOS).	- Há evidências de elaboração de relatório estatístico com resultado da vigilância epidemiológica das IH, periodicamente (mensal ou bimestral), com estabelecimento de níveis endêmicos (relatórios, gráficos, atas de reuniões).
PCVECP	OS RELATÓRIOS CORELACIONAM RESULTADOS COM ESTRATÉGIAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO ADOTADA (INTERVENÇÃO).	- Há elaboração de planejamento ou de realização de ações de intervenções de melhorias conforme resultados estatísticos de IH, com registro formal do mesmo em relatórios ou outros instrumentos de avaliação de melhoria contínua. **E** - O profissional de controle de IH é capaz de descrever ações de intervenções realizadas conforme resultado das estatísticas de IH.
PCVESS	OS RELATÓRIOS SÃO REGULARMENTE DISPONIBILIZADOS AOS DIVERSOS SETORES E LIDERANÇAS DA INSTITUIÇÃO.	- Há evidência de que os relatórios de notificação das IH e suas estratégias de intervenção são disponibilizados para as lideranças e direção da instituição por meio impresso ou digital (e-mail, atas de reuniões, relatórios específicos).
PCVEOP	OS RELATÓRIOS SÃO REGULARMENTE DISPONIBILIZADOS PARA OS ÓRGÃOS PÚBLICOS CONCERNENTES (GESTORES).	- Há evidência de que os relatórios de notificação das IH são disponibilizados para os órgãos públicos concernentes, impresso ou digital (e-mail, atas de reuniões, relatórios específicos), quando solicitados.

4.1.4. Indicador 4: Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCCP)

a) Descrição: 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.

b) Cálculo do Indicador:

$$\frac{\sum \textbf{valores} \text{ dos componentes do indicador } \textbf{PCCP atendidos}}{\sum \textbf{total dos valores} \text{ dos componentes do indicador } \textbf{PCCP aplicáveis}} \times 100$$

c) Fontes de informação:

- Documentais. Relatórios de visitas de inspeção específicos a determinado serviço ou relatório geral de atividades diárias do SCIH.
- Entrevistas. Realizar entrevista com os prestadores do serviço também podem constituir fonte de informação dessas ações de controle e prevenção de IH.

d) Critérios para a avaliação:
Deve atender a pelo **menos um tipo** de atividade de prevenção e controle de IH no **período de 12 meses:**

- I – inspeção programada; D – orientação/ avaliação de diretrizes introduzidas; R – participação em reuniões; C – consultas/ orientação por demanda espontânea; O – outras atividades) . Registrar qual tipo de atividade é realizada, **fazendo um círculo** em torno da letra correspondente.
- **Atende (AT)***:* Atividade de controle de IH sob avaliação foi realizada pelos profissionais do SCIH e os resultados dessa atividade são registrados em relatórios.
- **Atende Parcialmente (AP)**: Atividade de controle de IH sob avaliação foi realizada pelos profissionais do SCIH, segundo entrevista, mas não foi registrada (**1ª avaliação**).
- **Não atende (NA)***:* Atividade de controle de IH sob avaliação foi realizada pelos profissionais do SCIH, mas não foi registrada (**2ª avaliação**), ou não foi realizada atividade de controle de IH sob avaliação.
- **Inaplicável (INA):** A instituição não possui o setor que contempla ou incorpora a atividade de prevenção e controle de IH sob avaliação. Serão considerados como *inaplicáveis* (**INA**) componentes de atividades de controle e prevenção de IH que a instituição sob avaliação não contempla, em razão de suas características de assistência.

4.1.4.1 Evidências possíveis para o indicador 4 – Atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar (PCCP):

Para todos os componentes serão consideradas as evidências documentais por meio de relatórios, atas de reuniões setoriais e do CCIH/SCIH, instrumentos de avaliações, normas relativas a uma ou mais atividades desenvolvidas no setor para prevenção e controle de IH, como:

I – Inspeção programada (visita técnica, auditoria);

D – Orientação/avaliação de diretrizes introduzidas (ata de reunião local/SCIH, relatórios, manuais);

R – Participação em reuniões (atas, relatórios);

C – Consultas/orientação por demanda espontânea (ata de reunião local/SCIH, relatórios, manuais, cartas ou informes);

O – Outras atividades (aulas, palestras, treinamentos, comunicados).

OU (somente para 1ª avaliação) / E (demais avaliações)

O profissional de controle de IH, em entrevista, é capaz de descrever detalhadamente suas atividades relativas I, D, R, C e O **E** essas atividades são validadas, em entrevista, pelo profissional do setor em questão.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada “A Realidade dos Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em pequenos hospitais” tem como objetivos reconhecer a estrutura e as ações desses Programas e realizar um diagnóstico de situação em relação às atuais legislações, voltadas predominantemente aos hospitais de maior porte. Outrossim, pretende-se que os achados desse estudo permitam identificar as dificuldades vivenciadas por esses programas nos pequenos hospitais, assim como apontar sugestões para melhores adequações às suas realidades.

Para tanto, serão aplicados dois instrumentos de entrevista. Um deles sobre a caracterização do hospital. Outro, previamente validado (Silva, Lacerda, 2010), sobre a estrutura e atuação desses Programas.

As pesquisadoras responsáveis, Pryscilla Ladislau Carneiro Santos, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto – PROESA, da Escola de Enfermagem da USP, e Rúbia Aparecida Lacerda, Professora Associada da Escola de Enfermagem da USP, se comprometem às instituições e entrevistados, responsáveis técnicos dos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar:

- ✓ Manter sigilo dos serviços que serão cenários deste estudo, bem como dos usuários e profissionais que compõem sua estrutura de recursos humanos;
- ✓ Não haver quaisquer danos morais, psicológicos ou físicos aos profissionais que participarem da entrevista;
- ✓ Divulgar os dados desta pesquisa de forma agregada, portanto, não individualizada;
- ✓ Disponibilizar acesso aos resultados do presente estudo por meio da instituição responsável por sua realização, (Universidade de São Paulo - USP), ou por meio da publicação em veículos de divulgação científica.

Além disso, esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, de reconhecimento nacional, em 02/09/2015, sob Parecer nº 1.212.774, disponibilizado na Plataforma Brasil (http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf).

Tendo tomado conhecimento do projeto de pesquisa apresentado, seus objetivos e finalidades, declarações de compromisso de utilização sigilosa de fontes de dados, apresentação e divulgação de seus resultados, concordo com a minha participação na aplicação das entrevistas informadas.

Este Termo será assinado em duas vias, a primeira entregue ao profissional da instituição respondente da pesquisa, a segunda permanecerá com a pesquisadora responsável.

Data: _____

Assinatura do Serviço de Saúde:

_____

Assinatura dos Pesquisadores:

_____ _____

Enf Pryscilla Ladislau Carneiro Santos Profa. Dra. Rúbia Aparecida Lacerda

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP
Tefefone de contato: (11) 3061-7548. E-mail: edipesq@usp.br

APÊNDICE D - E-MAIL DE PRIMEIRO CONTATO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA JUNTO A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Título: “Confirmação de Coleta de Dados da Pesquisa de Mestrado”, com o seguinte teor:

A/C:

.....

Resido na cidade de Ilhabela, trabalhei por três anos na CCIH do hospital municipal de minha cidade e diante das problemáticas encontradas e vivenciadas neste período, vi a necessidade de definir as reais dificuldades e prioridades dos PCIRAS de pequenos hospitais, para que se possa desenvolver ações mais efetivas e indicadores processuais relevantes e representativos para essas instituições considerando seu tamanho, complexidade e perfis administrativos.

Conforme contato telefônico, eu estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “A REALIDADE DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS Á ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PEQUENOS HOSPITAIS”, vinculada ao curso de mestrado da USP.

Em anexo, seguem os documentos para viabilização da coleta de dados na referida instituição. Reforço que os instrumentos encaminhados são apenas para conhecimento do projeto e, caso haja o aceite da instituição para realização da pesquisa, os mesmos serão devidamente assinados pelas partes interessadas. Os dados serão computados de maneira agregada, garantindo o anonimato de cada instituição.

Os instrumentos para entrevista referem-se a estrutura, diretrizes, vigilância e auditoria da CCIH, e também serão observados, quando disponíveis, estruturas físicas para higiene de mãos em UTI, quarto de isolamento e armazenamento e manejo para perfuro-cortantes.

O prazo para envio de resposta de participação ou não, na referida pesquisa, poderá ser feita em 15 (quinze) dias a contar da data do recebimento deste comunicado, através do e-mail: pry_ilhabela@usp.br ou pelos telefones: (12) 3896-5733 ou 99734-6801.

Qualquer dúvida que possa surgir, estamos à disposição para os esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Pryscilla Ladislau Carneiro Santos
Mestranda da Escola de Enfermagem da USP/SP

APÊNDICE E - CARTA DE APRESENTAÇÃO À COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR PARA AUTORIZAÇÃO NA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Prezado Senhor (a) responsável pelo Programa de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

Vimos solicitar formalmente autorização da participação desse hospital na pesquisa intitulada "A Realidade dos Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em pequenos hospitais". Esta pesquisa corresponde a uma dissertação de mestrado, em desenvolvimento junto ao Programa de Pós-Graduação na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Os objetivos são reconhecer a estrutura e as ações desses Programas e realizar um diagnóstico de situação em relação às atuais legislações, voltadas predominantemente aos hospitais de maior porte. Outrossim, pretende-se que os achados desse estudo permitam identificar as dificuldades vivenciadas por esses Programas nos pequenos hospitais, assim como apontar sugestões para melhores adequações às suas realidades.

Para tanto, serão aplicados dois instrumentos de entrevista. Um deles, sobre a caracterização do hospital. Outro, previamente validado (Silva, Lacerda, 2010), sobre a estrutura e atuação desses Programas, se refere a indicadores clínicos, que compõem o Manual de Avaliação de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar, concluído em 2006, financiado pelo Programa de Políticas Públicas da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), com sede na EEUSP, e em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e a Associação Paulista de Estudos de Epidemiologia e Controle de Infecção - APECIH (http://www.apecih.org.br). A construção e validação do conteúdo desses indicadores contaram com a participação de cerca de 30 profissionais médicos e enfermeiros atuantes na prática e no ensino dessa temática. Outrossim, a construção desse Manual buscou atender uma lacuna demandada nessa área de atuação, pela utilização de um sistema de avaliação de outras atividades dos PCIRAS, além de indicadores epidemiológicos de ocorrências dessas infecções.

Cumpre também destacar que a relevância de tais indicadores foi reconhecida nacionalmente pelo SUS, em 2006, ao obter o 1º lugar – nível dissertação de mestrado – do Prêmio de Incentivo ao Desenvolvimento e à Aplicação da Epidemiologia no SUS. Além disso, eles foram inicialmente aplicados e validados quanto às suas propriedades de medida, em teses de doutorado, junto a hospitais do estado do Paraná e nos municípios de São Paulo, Ribeirão Preto, Maceió e Teresina. Atualmente, estão sendo aplicados na cidade de Manaus.

Desse modo, acreditamos na relevância da extensão de aplicação desses indicadores para atender a uma demanda por um sistema padronizado e validado que possa constituir-se em um modelo de avaliação de PCIRAS nas diversas realidades locais, regionais e nacionais. Além disso, sua forma de aplicação e análise certamente favorecerá o reconhecimento e estabelecimento de ações técnicas e políticas diretamente relacionadas com os aspectos intervenientes identificados, tanto pelas próprias instituições, quanto por órgãos governamentais.

Informamos que o desenvolvimento desse projeto conta com apoio do Departamento Regional de Saúde de Taubaté, tendo obtido aprovação pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP, que segue em anexo, juntamente com o Termo de Compromisso e de Consentimento Livre Esclarecido, que garante o anonimato dos serviços participantes, uma vez que os dados serão computados de maneira agregada, assim como sua forma de obtenção não acarretará nenhum efeito deletério moral ou físico.

Agradecemos sinceramente a atenção dispensada e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

São Paulo - SP, 20/09/2015.

Pryscilla Ladislau Carneiro Santos
Mestranda da EE/USP
Tel:(12) 99734-6801
E-mail:pry_ilhabela@hotmail.com

Profª Drª Rúbia Aparecida Lacerda
Profª Associada da EE/USP
Orientadora

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE IRAS

INDICADOR 1: ESTRUTURA TÉCNICO-OPERACIONAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCET)

(VALIDADO quanto às propriedades de medidas (construto e discriminante) e confiabilidade por Silva, C.P.R.: Proposta de Avaliação de Programas de Controle de Infecção Hospitalar: validação das propriedades de medidas e diagnóstico parcial de conformidade em serviços de saúde do município de São Paulo. São Paulo, 2010. 163 p.)

A) CONSTRUTO OPERACIONAL

Descrição:

Avalia a estrutura de um PCIH, considerando sua formação e suporte técnico-operacional, tais como recursos humanos, infraestrutura e instrumentos técnicos e administrativos para identificar, definir, discutir e divulgar eventos de IH. É constituído de 10 componentes de análise com respostas dicotômicas “atende”, “não atende”.

Em outras palavras, este indicador desta função avalia os recursos disponíveis do PCIH para implementar ações específicas de controle de IH e se ele está atuante, mas não necessariamente como atua e que ações estão sendo realizadas. Para tanto, há que se aplicar os indicadores subsequentes.

Fundamentação Científica e/ ou Legal:

Os componentes discriminados para serem avaliados neste indicador basearam-se predominantemente na exigência de Lei, recomendações de Portaria e Resolução Federal Nacional e de entidades internacionais (**categoria B e C**), conforme são explicitados a seguir:

- Ministério da Saúde (BR). Lei n. 9431 de 06 de janeiro de 1997. Brasília (DF); D.O.U.; 1997. (estabelece a obrigatoriedade de existência de Programas de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais do Brasil).
- Ministério da Saúde (BR). Portaria 2616/1998. (Estabelece recomendações para a formação e o processo de trabalho de Programas de Controle de Infecção Hospitalar no Brasil).
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução-RDC n. 48 de 2 de junho de 2000. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. (Estabelece roteiro para fiscalização do PCIH dos hospitais pela Vigilância Sanitária).
- Scheckler WE et al. *SHEA Position paper: requirements for infrastructure and essential activities control and epidemiology in hospitals. A consensus panel report*. Infection Control Hospital Epidemiology 1998; 19:114-124.
- Murphy E H et al.. *APIC/ CHICA – Canadá infection control and epidemiology: professional and pratice standards. Special Communication*. American Journal Infection Control. February 1999, 47-51.

Tipo de indicador: Estrutura.

Numerador: É a somatória dos valores de relevância dos componentes do indicador PCET, avaliadas como atendidos, na instituição.
Denominador: É a somatória total dos valores de relevância dos componentes do indicador PCET.

Cálculo do Indicador:

$$\frac{\sum \textbf{valores} \text{ obtidos dos componentes indicador } \textbf{PCET atendidos}}{\sum \textbf{total dos valores} \text{ esperados dos componentes indicador } \textbf{PCET}} \times 100$$

Fontes de Informação:

Duas fontes principais são sugeridas para avaliação desta função: documentais (ideal) e entrevistas com os próprios profissionais que atuam em controle de infecção hospitalar. Os documentos se referem às 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 devem ser obtidos pela averiguação de atas de reuniões e relatórios 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.

Critérios para a Avaliação:

- ATENDE (AT): quando as fontes documentais exigidas estão presentes e é possível validá-las por meio de entrevistas com profissionais envolvidos e/ ou acompanhamento das atividades em questão (evidencias);

- NÃO ATENDE (NA): Quando as fontes documentais exigidas não estão presentes.

B) PLANILHA DOS COMPONENTES E EVIDÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO

Código	Componente	Fundamentação	Relevância	AT	NA	INA
PCETMS	A CCIH É REPRESENTADA, NO MÍNIMO, POR MEMBROS DO SERVIÇO MÉDICO, ENFERMAGEM E ADMINISTRAÇÃO.	B/C	4			
PCETRG	HÁ UM REGIMENTO QUE DETERMINA O FUNCIONAMENTO DA CCIH E/ OU SCIH	B/C	4			

PCETPE	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 (CONSORCIADO OU NÃO)	B/C	4			
PCETDE	O ENFERMEIRO ATUA COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA NO SERVIÇO, PELO MENOS 6 HORAS/ DIA	B/C	4			
PCETDO	HÁ OUTRO PROFISSIONAL, COM NÍVEL SUPERIOR, QUE ATUA COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA NO SERVIÇO, PELO MENOS 4 HORAS/ DIA	B/C	4			
PCETRP	A CCIH REALIZA REUNIÕES PERIÓDICAS COM PARTICIPAÇÃO DOS MEMBROS EXECUTIVOS E LIDERANÇAS	B/C	3			
PCETMP	HÁ SUPORTE DE LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA E PATOLOGIA, PRÓPRIO OU TERCEIRIZADO	B/C	4			
PCETEF	HÁ ESPAÇO FÍSICO DELIMITADO E EXCLUSIVO PARA AS ATIVIDADES DIÁRIAS, ARQUIVOS, ETC. DA CCIH OU DO SCIH	B/C	4			
PCETRI	HÁ DISPONIBILIZAÇÃO DE RECURSOS INFORMATIZADOS PARA AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA CCIH OU SCIH	B/C	4			
PCETRE	A ADMINISTRAÇÃO DISPONIBILIZA DADOS ESTATÍSTICOS (Nº DE ADMISSÕES, ALTAS, ÓBITOS, PACIENTES-DIA, ETC.) PARA REALIZAÇÃO DE RELATÓRIOS DA CCIH OU SCIH	B/C	4			
Total			**39**			

INDICADOR 2: DIRETRIZES OPERACIONAIS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCDO)

(VALIDADO quanto às propriedades de medidas (construto e discriminante) e confiabilidade por Silva, C.P.R.: Proposta de Avaliação de Programas de Controle de Infecção Hospitalar: validação das propriedades de medidas e diagnóstico parcial de conformidade em serviços de saúde do município de São Paulo. São Paulo, 2010. 163 p.)

A) CONSTRUTO OPERACIONAL

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 continua em CIH. É constituído de 15 componentes de análise com respostas dicotômicas “atende”, “não atende”.

Ressalta-se que este indicador avalia a existência (elaboração) destas diretrizes, mas não **se** e **como** elas são aplicadas. Tal processo é contemplado nos indicadores PCVE e PCCP.

Fundamentação Científica e/ ou Legal:

Os componentes discriminados para serem avaliados neste indicador basearam-se predominantemente na exigência de Lei, recomendações de Portaria e Resolução Federal Nacional e de entidades internacionais (**categoria B e C**), conforme são explicitadas a seguir:

- Ministério da Saúde (BR). Portaria 2616/1998. (Estabelece recomendações para a formação e o processo de trabalho de Programas de Controle de Infecção Hospitalar no Brasil);
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução-RDC n. 48 de 2 de junho de 2000. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. *(Estabelece roteiro de inspeção de programas de controle de infecção hospitalar);*
- Scheckler WE et al. *SHEA Position paper: requirements for infrastructure and essential activities control and epidemiology in hospitals. A consensus panel report.* Infection Control Hospital Epidemiology 1998; 19:114-124.;
- Murphy E H et al*.. APIC/ CHICA – Canadá infection control and epidemiology: professional and pratice standards. Special Communication.* American Journal Infection Control. February 1999, 47-51;

- ONA. Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de serviços Hospitalares. Versão *on-line* de consulta pública.

Tipo de indicador: Estrutura

Numerador: É a somatória total dos valores de relevância dos componentes do indicador PCDO atendidos, na instituição.

Denominador: É a somatória total dos valores de relevância dos componentes do indicador PCDO.

Cálculo do Indicador:

$$\frac{\sum \textbf{valores} \text{ obtidos dos componentes indicador PCDO } \textbf{atendidos}}{\sum \textbf{total dos valores} \text{ esperados dos componentes do indicador } \textbf{PCDO aplicáveis}} \times 100$$

Fontes de informação:

As fontes ideais são as documentais, principalmente pela apresentação das diretrizes específicas de controle e prevenção de IH para um dado serviço, elaboradas separadamente ou incluídas em manuais de organização e operacionalização gerais. atas de reuniões, relatórios e ou outros registros formais também podem constituir fonte de informação, desde que relacionem dados mínimos de qualificação. Em razão de características e especificidade, nem todas as instituições de saúde necessitam apresentar todos os itens de avaliação estabelecidos nesta função, quando não

possuírem serviços ou não realizarem procedimentos de assistência a eles relacionados. Nesses casos, elas deverão ser consideradas como **INAPLICÁVEIS** (**INA**).

Critérios 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 que fundamenta cada diretriz atualizada e pertinente.

- ATENDE (AT): Possui diretriz escrita, disponível e qualificada.

- NÃO ATENDE (NA)*:* Não possui diretriz escrita ou ela não está disponível ou não apresenta qualificação mínima.

- INAPLICÁVEL (INA): A instituição não possui serviço ou não realiza procedimento de assistência relacionado.

B) PLANILHA DOS COMPONENTES E EVIDÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO

Para este indicador todos os componentes devem ter recomendações formalmente descritas e institucionalizadas (diretrizes operacionais; normas técnicas; procedimentos operacionais padrão – POP; manuais), para cada um dos itens em questão, objetivamente desde que aplicáveis ao Serviço de Saúde.

E

- Esses documentos devem estar disponíveis na CCIH/SCIH e preferencialmente também nas unidades assistenciais (impressos e/ou em meio digital).

E

- Esses documentos devem ser qualificados com referências nacionais e internacionais (bibliografia) periodicamente revisados conforme vigência e atualizações

Código	Componente	Fundamentação	Relevância	AT	NA	INA
PCDOPB	Há recomendação para avaliação e encaminhamento de acidentes com perfuro-cortantes e outras exposições a material biológico	B/C	4			
PCDORS	Há recomendações para descarte de resíduos de serviço de saúde (RSS)	B/C	4			
PCDOIR	Há recomendações para controle e prevenção de	B/C	4			

	infecções respiratórias					
PCDOIU	Há recomendações para controle e prevenção de infecções urinárias	B/C	4			
PCDOCS	Há recomendações para controle e prevenção de infecções de corrente sanguínea	B/C	4			
PCDOSC	Há recomendações para controle e prevenção de infecções de sítio cirúrgico	B/C	4			
PCDOPI	Há recomendação para isolamentos de pacientes com doenças infectocontagiosas ou imunodeprimidos	B/C	4			
PCDOAB	Há recomendação para o uso de antibióticos profiláticos para prevenção de infecção de sítio cirúrgico	B/C	4			
PCDOGA	Há padronização de soluções germicidas e antissépticos	B/C	4			
PCDOME	Há recomendação de técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos	B/C	4			
PCDOLM	Há recomendação de técnica de higienização de mãos	B/C	4			
PCDOLS	Há recomendação da rotina de limpeza e desinfecção de superfícies	B/C	4			
PCDOLV	Há recomendação para lavagem e higienização de roupas utilizadas na instituição	B/C	4			
PCDOMC	Há recomendação da técnica para coleta de material para realização de culturas	B/C	4			
PCDOCU	Há recomendação das técnicas de curativos e periodicidade de trocas dos mesmos	B/C	4			
Total			**60**			

INDICADOR 3: SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCVE)

(**VALIDADO** quanto às propriedades de medidas (construto e discriminante) e confiabilidade por Silva, C.P.R.: Proposta de Avaliação de Programas de Controle de Infecção Hospitalar: validação das propriedades de medidas e diagnóstico parcial de conformidade em serviços de saúde do município de São Paulo. São Paulo, 2010. 163 p.)

A) CONSTRUTO OPERACIONAL

Descrição:

Este indicador avalia se o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) possui e executa um sistema de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares, por meio de atividades que incluem busca e notificação de casos de IH em pacientes internados e após a alta, com utilização de metodologias específicas, elaboração de indicadores epidemiológicos de IH e de relatórios, assessoria, consultoria, entre outras. É constituído de 10 componentes de análise com respostas dicotômicas "atende", "não atende".

Atividades essas, essenciais para o trabalho em controle de infecção hospitalar.

Fundamentação Científica e/ ou Legal:

Os componentes discriminados para serem avaliados neste indicador basearam-se predominantemente na exigência de Lei, recomendações de Portaria e Resolução Federal Nacional e de entidades internacionais (**categoria B e C**), conforme são explicitadas a seguir:

- Ministério da Saúde (BR). Portaria 2616/1998. (Estabelece recomendações para a formação e o processo de trabalho de Programas de Controle de Infecção Hospitalar no Brasil);
- Scheckler WE et al. *SHEA Position paper: requirements for infrastructure and essential activities control and epidemiology in hospitals. A consensus panel report.* Infection Control Hospital Epidemiology 1998; 19:114-124;
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução-RDC n. 48 de 2 de junho de 2000. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. (Estabelece roteiro de inspeção de programas de controle de infecção hospitalar);
- Murphy E H et al.. *APIC/ CHICA – Canadá infection control and epidemiology: professional and pratice standards. Special Communication.* American Journal Infection Control. February 1999, 47-51;
- ONA. Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de serviços Hospitalares. Versão *on-line* de consulta pública.

Tipo de indicador: Processo

Numerador: É a somatória dos valores de relevância dos componentes do indicador PCVE, avaliados como atendidos, na instituição.

Denominador: É a somatória total dos valores de relevância dos componentes do indicador PCVE.

Cálculo do Indicador:

$$\frac{\sum \textbf{valores} \text{ obtidos dos componentes indicador PCVE } \textbf{atendidos}}{\sum \textbf{total dos valores} \text{ esperados dos componentes indicador } \textbf{PCVE}} \times 100$$

Fontes de informação:

Várias são as fontes de informações possíveis para a avaliação dessa função. Destaquem-se as documentais, como relatórios periódicos da vigilância, atas de reuniões, e outras, desde que contenham as atividades sob avaliação e sua freqüência (como é o caso da busca e notificação de IH).

Critérios para a avaliação:

A verificação da existência e regularidade de ações de vigilância epidemiológica deve analisar documentos elaborados durante um período de pelo menos 6 meses. A melhor avaliação de atividades de busca ativa de casos de IH, sua frequência e tipos de pistas utilizadas para a realização do diagnóstico e o acompanhamento consentido dos profissionais executores nas visitas às unidades de internação.

- ATENDE (AT): quando as fontes documentais exigidas estão presentes e é possível validá-las por meio de entrevistas com profissionais envolvidos e/ ou acompanhamento das atividades em questão (evidencias);

- NÃO ATENDE (NA): quando as fontes documentais exigidas não estão presentes e/ ou não há evidencias da unidade de analise em questão (entrevistas com profissionais envolvidos, acompanhamento de atividades, etc.).

B) PLANILHA DOS COMPONENTES E EVIDÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO

Código	Componente	Fundamentação	Relevância	AT	NA	INA
PCVEIH	REALIZA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (GLOBAL OU POR COMPONENTE) COM PERIODICIDADE DETERMINADA	B/C	4			
PCVEBA	REALIZA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE IH POR MEIO DE BUSCA ATIVA DE CASOS	B/C	4			
PCVEUR	REALIZA BUSCA ATIVA DE CASOS DE IH NAS UNIDADES DE MAIOR RISCO (UTI, BERÇÁRIO, QUEIMADOS, ETC.)	B/C	4			
PCVEMI	MONITORA, COM PERIODICIDADE E REGISTROS REGULARES, RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS DE CULTURAS, QUE IDENTIFICAM CEPAS OU ESPÉCIES DE MICROORGANISMOS, INCLUSIVE RESISTENTES	B/C	4			
PCVECD	HÁ CRITÉRIOS PRÉ-DETERMINADOS PARA	B/C	4			

	DIAGNÓSTICO DE IH					
PCVERE	PRODUZ RELATÓRIO PERIÓDICO DOS RESULTADOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (NÍVEIS ENDÊMICOS)	B/C	4			
PCVEAL	OS RELATÓRIOS ANALISAM E INFORMAM ALTERAÇÕES DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO (DESCRITIVOS E/ OU GRÁFICOS)	B/C	4			
PCVECP	OS RELATÓRIOS CORRELACIONAM RESULTADOS COM ESTRATÉGIAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO ADOTADA (INTERVENÇÃO)	B/C	4			
PCVESS	OS RELATÓRIOS SÃO REGULARMENTE DISPONIBILIZADOS AOS DIVERSOS SETORES E LIDERANÇAS DA INSTITUIÇÃO	B/C	4			
PCVEOP	OS RELATÓRIOS SÃO REGULARMENTE DISPONIBILIZADOS PARA OS ÓRGÃOS PÚBLICOS CONCERNENTES (GESTORES)	B/C	4			
TOTAL			**40**			

INDICADOR 4: ATIVIDADES DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCCP)

(VALIDADO quanto às propriedades de medidas (construto e discriminante) e confiabilidade por Silva, C.P.R.: Proposta de Avaliação de Programas de Controle de Infecção Hospitalar: validação das propriedades de medidas e diagnóstico parcial de conformidade em serviços de saúde do município de São Paulo. São Paulo, 2010. 163 p.)

A) CONSTRUTO OPERACIONAL

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. É constituído de 14 componentes de análise com respostas dicotômicas “atende”, “não atende”.

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.

Fundamentação Científica e/ ou Legal:

Os componentes discriminados para serem avaliados neste indicador basearam-se predominantemente na exigência de Lei, recomendações de Portaria e Resolução Federal Nacional e de entidades internacionais (**categoria B e C**), conforme são explicitadas a seguir:

- Scheckler WE et al. *SHEA Position paper: requirements for infrastructure and essential activities*

control and epidemiology in hospitals. A consensus panel report. Infection Control Hospital Epidemiology 1998; 19:114-124;

- Murphy E H et al.. *APIC/ CHICA – Canadá infection control and epidemiology: professional and pratice standards. Special Communication. American Journal Infection Contro*l. February 1999, 47-51;

- ONA. Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de serviços Hospitalares. Versão *on-line* de consulta pública;

- Brasil, Ministério da Saúde. RDC nº 154, de 15 de junho de 2004. Estabelece o regulamento para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Diário Oficial da União, Brasília, 24 de junho de 2004;

- Brasil, Ministério da Saúde. RDC nº 153, de junho de 2004**.** Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. Diário Oficial da União, Brasília, 24 de junho de 2004;

- Brasil, Ministério de Saúde. RDC nº 306, de 07 de setembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Diário Oficia da União, Brasília, 10 de setembro de 2004;

- Códigos Sanitários do Município ou do Estado em Vigência.

Tipo de indicador: Processo

Numerador: É a somatória dos valores de relevância dos componentes do indicador PCCP avaliados como atendidos, na instituição.

Denominador: É a somatória total dos valores relevância dos componentes do indicador PCCP.

Cálculo do Indicador:

$$\frac{\sum \textbf{valores} \text{ obtidos dos componentes indicador } \textbf{PCCP atendidos}}{\sum \textbf{total dos valores} \text{ esperados dos componentes indicador } \textbf{PCCP aplicáveis}} \times 100$$

Fontes de informação:

São consideradas as fontes documentais (ideal), como relatórios de visitas de inspeção específicos a determinado serviço ou relatório geral de atividades diárias do SCIH. Entrevistas com os prestadores do serviço também podem constituir fonte de informação dessas ações de controle e prevenção de IH, em uma primeira avaliação. Já, as subsequentes deverão exigir fontes registradas.

Serão considerados como **INAPLICÁVEIS** (**INA**) componentes de atividades de controle e prevenção de IH que a instituição sob avaliação não contempla, em razão de suas características de assistência.

Critérios para a avaliação:

Pelo menos um tipo de atividade de prevenção e controle de IH (I – inspeção programada; D – orientação/ avaliação de diretrizes introduzidas; R – participação em reuniões; C – consultas/ orientação

por demanda espontânea; O – outras atividades) no período de 12 meses.

- ATENDE (AT)*:* Atividade de controle de IH sob avaliação foi realizada pelos profissionais do SCIH e os resultados dessa atividade são registrados em relatórios.

- ATENDE PARCIALMENTE (AP): Atividade de controle de IH sob avaliação foi realizada pelos profissionais do SCIH, segundo entrevista, mas não foi registrada (**1ª avaliação**).

- NÃO ATENDE (NA)*:* Atividade de controle de IH sob avaliação foi realizada pelos profissionais do SCIH, mas não foi registrada (**2ª avaliação**), ou não foi realizada atividade de controle de IH sob avaliação.

- INAPLICÁVEL (INA): A instituição não possui o setor que contempla ou incorpora a atividade de prevenção e controle de IH sob avaliação.

B) PLANILHA DOS COMPONENTES E EVIDÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO

Para todos os componentes serão consideradas as evidências documentais por meio de relatórios, atas de reuniões setoriais e do CCIH/SCIH, instrumentos de avaliações, normas relativas **a uma ou mais atividades** desenvolvidas no setor para prevenção e controle de IH, como:

I – inspeção programada (visita técnica, auditoria);

D – orientação/ avaliação de diretrizes introduzidas (ata de reunião local/SCIH, relatórios, manuais);

R – participação em reuniões (atas, relatórios);

C – consultas/ orientação por demanda espontânea (ata de reunião local/SCIH, relatórios, manuais, cartas ou informes);

O – outras atividades (aulas, palestras, treinamentos, comunicados).

OU (somente para 1ª avaliação)/ E (demais avaliações)

O profissional de controle de IH, em entrevista, é capaz de descrever detalhadamente suas atividades relativas I, D, R, C ou O **E** essas atividades são validadas, em entrevista, pelo profissional do setor em questão.

CÓDIGO	COMPONENTE	FUNDAMENTAÇÃO	RELEVÂNCIA	AT	NA	AP	INA
PCCPDI	UNIDADE DE DIÁLISE (I – D – C – O) **A**	**B/C**	**4**				
PCCPBS	BANCO DE SANGUE (I – D – C – O) **A**	**B/C**	**4**				
PCCPAC	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS (I – D – C – O) **A**	**B/C**	**4**				
PCCPAP	LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA A (I – D – C – O)	**B/C**	**4**				
PCCPUI	UNIDADES DE INTERNAÇÃO (I – D – C – O) **TTO**	**B/C**	**4**				
PCCPUT	UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (ADULTO, INFANTIL E NEO) (I – D – C – O) **TTO**	**B/C**	**4**				
PCCPBE	BERÇÁRIO (I – D – C – O) **TTO**	**B/C**	**4**				

PCCPCM	CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (I – D – C – O) **A**	**B/C**	**4**				
PCCPCC	CENTRO CIRÚRGICO (I – D – C – O) **TTO**	**B/C**	**4**				
PCCPPS	PRONTO-SOCORRO (I – D – C – O) **TTO**	**B/C**	**4**				
PCCPAM	AMBULATÓRIO (I – D – C – O) **TTO**	**B/C**	**3**				
PCCPSF	SERVIÇO DE FARMÁCIA (I – D – C – O)**A**	**B/C**	**3**				
PCCPSN	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (I – D – C – O) **A**	**B/C**	**4**				
PCCPDT	PARTICIPA NAS DECISÕES TÉCNICAS PARA ESPECIFICAÇÃO E AQUISIÇÃO DE PRODUTOS E CORRELATOS **A**	**B/C**	**4**				
TOTAL			**54**				

***** Identificar os tipos de atividades de controle e prevenção de IH:

I – Inspeção, conforme legislação específica vigente ou diretriz do hospital;

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

R – Participação em reuniões;

C – Consultas/ orientação por demanda espontânea;

O – Outra atividade. Qual?

ANEXO 2

PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A REALIDADE DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PEQUENOS HOSPITAIS

Pesquisador: Pryscilla Ladislau Carneiro Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48173215.4.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.212.774

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo corte transversal, de caráter avaliativo, exploratório e descritivo e com abordagem quantitativa para reconhecer e caracterizar o desempenho de Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS) em pequenos hospitais. A coleta de dados será feita com a responsável pelo serviço de controle hospitalar e incluirá informações sobre a estrutura e o desempenho de programas de prevenção e controle de IRAS será feita através de instrumento de caracterização geral do hospital, do Programa e de indicadores de avaliação previamente construídos e validados: Estrutura Técnico-operacional do Programa de Prevenção e Controle de IRAS (PCET); Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de IRAS (PCDO); Sistema de Vigilância Epidemiológica de IRAS (PCVE); Atividades de Controle e Prevenção de IRAS (PCCP). Será realizado na área do DRS XVII de Taubaté/SP, em hospitais gerais e especializados com até de 70 leitos, com e sem atendimento do SUS, num total de 37 hospitais elegíveis na região.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRINCIPAL

Realizar diagnóstico de situação da estrutura e da atuação dos Programas de Controle e Prevenção de IRAS de pequenos hospitais, a partir da aplicação de indicadores previamente construídos e validados.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- **Determinar a conformidade geral de cada indicador e as conformidades específicas de seus componentes.**
- **Discutir as conformidades alcançadas nos PCIRAS de pequenos hospitais com as de hospitais de maior porte.**
- **Identificar, junto aos profissionais, as dificuldades e prioridades com oportunidades de melhorias para PCIRAS de pequenos hospitais.**

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para o entrevistado podem ser de moral, social, pois sendo empregado do hospital que autorizou a pesquisa pode-se sentir constrangido em dar informações que deponham contra o hospital ou, também, pode não se sentir plenamente livre para recusar a entrevista.

Pode haver um risco institucional, a depender de como se publiquem os resultados, com a estigmatização dos hospitais com pior desempenho do PCIRAS.

Benefícios:

Contribuir para a definição das dificuldades e prioridades dos PCIRAS em pequenos hospitais e, desta forma, subsidiar a melhoraria da qualidade da assistência de saúde prestada. Os resultados também poderão contribuir para o desenvolvimento de ações mais efetivas, indicadores processuais relevantes e representativos para as instituições hospitalares considerando tamanho, complexidade e perfis administrativos destas.

Não há benefícios diretos para os respondentes.

As instituições podem querer se retirar no caso dos dados coletados serem desfavoráveis a esta, enviesando a pesquisa.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: São Paulo
Tel: (11) 3061-7548 Fax: (11) 3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante tanto pelo objeto como por focalizar instituições de pequeno e médio porte no interior do Estado, podendo propor indicadores e formas de operacionalizar os programas de controle de infecção mais apropriados a esta realidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não estão incluídos os termos de anuência das instituições hospitalares, pois o projeto menciona que o contato com estas será feito somente após a aprovação do protocolo pelo CEP da EE.

O TCLE é feito para a instituição e não para entrevistado. Entretanto, isso parece coerente com a natureza das informações que serão coletadas, que são institucionais e não pessoais do profissional entrevistado.

Recomendações:

Pelo constrangimento, vulnerabilidade do trabalhador que será entrevistado e pela impossibilidade de manter o anonimato do respondente, sugere-se que a pesquisadora realize a entrevista para a coleta de dados em lugar privativo, deixando claros os compromissos da pesquisadora junto à instituição e para os quais esta deu anuência no TCLE, especialmente os: divulgação agregada dos dados, sigilo da instituição e do profissional entrevistado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências, entretanto, solicita-se que as pesquisadoras informem ao CEP as instituições que aceitaram participar, agregando os termos assinados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: São Paulo
Tel: (11) 3061-7548 Fax: (11) 3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.docx	06/07/2015 13:25:16		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_544199.pdf	06/07/2015 13:28:12		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.jpg	10/08/2015 18:58:14		Aceito
Projeto Detalhado/ Brochura Investigador	Projeto EQ - Profª Rúbia Revisado_2.doc	10/08/2015 19:16:18		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_544199.pdf	10/08/2015 19:29:18		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 02 de Setembro de 2015

Assinado por: Marcelo José dos Santos

(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: São Paulo
Tel: (11) 3061-7548 Fax: (11) 3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br