



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ALESSANDRA LYRIO BARBOSA GIROTI

**AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
DE CAMPO GRANDE - MS**

**CAMPO GRANDE
2016**

ALESSANDRA LYRIO BARBOSA GIROTI

**AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
DE CAMPO GRANDE - MS**

Dissertação apresentada como exigência para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem,
da Universidade Federal de Mato Grosso do
Sul, MS.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em
Saúde, Educação e Enfermagem.

CAMPO GRANDE
2016

ALESSANDRA LYRIO BARBOSA GIROTI

**AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
DE CAMPO GRANDE - MS**

Dissertação apresentada como exigência
para obtenção do grau de mestre em
Enfermagem, da Universidade Federal de
Mato Grosso do Sul, MS.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas em
Saúde, Educação e Enfermagem.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito

_____.

Campo Grande, de de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira – Curso de Enfermagem - UFMS/CPTL – Presidente

Prof. Dra. Jomara Brandini Gomes - UFMS/CPTL - Titular

Prof. Dra. Juliana Dias Reis Passalacia - UFMS/CPTL- Titular

Prof. Dra. Larissa da Silva Barcelos - UFMS/CPTL- Suplente

A Gabriel, meu filho amado e fonte de toda minha motivação.

A Gustavo, meu esposo e amigo de todos os momentos.

*A Weimar e Sandra, meus pais, por me terem dado educação, ensinado valores e
encorajado na escolha desta caminhada.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por me amparar, iluminar-me, guiar-me, dar-me forças para seguir em frente e não me deixar desistir.

Ao Professor Dr. Adriano Menis Ferreira por me aceitar como orientanda e confiar no meu trabalho, além do indiscutível apoio e compreensão nos momentos de dificuldades, colaboração e estímulo ao longo de toda esta trajetória.

À Professora Dra. Elenir Pontes que me ensinou Bioestatística e me ajudou com muito carinho na apresentação dos meus resultados.

À Professora Dra. Iara Cristina Pereira que me acompanhou amavelmente no estágio de docência e acreditou no meu potencial.

Às minhas colegas de trabalho Ivone Martos e Caroline Ferlin pelo apoio durante a realização das atividades deste trabalho e, principalmente, pela compreensão das minhas ausências.

Às minhas amigas Luciana Miziara e Geize de Souza pelo apoio, incentivo e sugestões para a realização deste trabalho.

À turma do mestrado 2015 por todo companheirismo e por todos os momentos inéditos que passamos juntos.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que esta dissertação se tornasse realidade.

*“Nós somos o que fazemos todos
os dias. Deste modo, a excelência não é
um ato, mas um hábito.”*
Aristóteles

RESUMO

A ocorrência de infecção hospitalar é uma das mais relevantes complicações para pacientes hospitalizados, considerando a elevada taxa de morbimortalidade associada a sua incidência, além do impacto socioeconômico por aumentar custo e tempo de internação e afastar o paciente de suas atividades profissionais e sociais. Desse modo, este trabalho teve como objetivo geral avaliar os Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) dos serviços de saúde como facilitador da qualidade assistencial, em Campo Grande – Mato Grosso do Sul. Trata-se de um estudo transversal, analítico, de abordagem quantitativa. A população foi constituída de 16 Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) de hospitais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a amostra se constituiu de 14 CCIH. A coleta de dados primários e secundários foi realizada por meio de entrevista estruturada, utilizando-se de instrumentos validados e verificação de documentos, respectivamente. Os dados foram organizados sob a forma de tabelas para análise e comparação com o proposto na Portaria Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro nº 2.616, de 12 de maio de 1998, sendo que os resultados evidenciaram médias de conformidade de: 80,58% para o indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional (PCET), 60,77% para o indicador das diretrizes operacionais de prevenção e controle de infecção (PCDO), 81,59% para o indicador de avaliação do sistema de vigilância epidemiológica (PCVE) e 63,44% para o indicador de avaliação das atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar. Isto permitiu concluir que existe necessidade de adequações imediatas nesses programas, principalmente referentes às diretrizes e ações de prevenção e controle de infecção hospitalar. Os itens relativos à estrutura técnico-operacional e sistema de vigilância epidemiológica apresentaram melhores resultados, porém não o ideal recomendado na legislação brasileira, o que enfatiza a magnitude desse problema ainda considerado um desafio para as instituições no país.

Descritores: Infecção Hospitalar. Segurança do Paciente. Qualidade da Assistência à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The occurrence of nosocomial infection is one of the most important complications in hospitalized patients, considering the high rate of morbidity and mortality associated with the incidence in addition to the socio-economic impact by increasing cost and time of hospitalization and the patient away from their professional and social activities. Thus, this research aimed to evaluate the Hospital Infection Control Programs (HICP) of health services as a facilitator of quality care in Campo Grande. - Mato Grosso do Sul. This is a cross-sectional analytical study with a quantitative approach. The population consisted of 16 Hospital Infection Control Committees (CCIH) registered hospitals in the National Registry of Health Establishments (CNES) and the sample consisted of 14 CCIH. The collection of primary and secondary data was performed using a structured interview using validated instruments and verification of documents, respectively. Data were organized in the form of tables for analysis and comparison with the proposed in Ordinance nº. 2616 of 12 May 1998, and the results showed average compliance: 80.58% for the indicator assessment structure technical and operational (PCET), 60.77% for the indicator of the operational guidelines for the prevention and control of infection (PCDO), 81.59% for the evaluation indicator of the epidemiological surveillance system (PCVE) and 63.44% for indicator evaluation of control activities and prevention of nosocomial infection. It was concluded that there is need for immediate adjustments in these programs, particularly relating to guidelines and prevention and control of hospital infection. Items related to technical and operational structure and epidemiological surveillance system showed better results, but not the ideal recommended in the legislation, which emphasizes the magnitude of this problem still considered a challenge to the institutions.

Descriptors: Cross Infection. Patient Safety. Quality of Health Care. Health Services Evaluation.

RESUMEN

La ocurrencia de infección nosocomial ES una de las más relevantes complicaciones para los pacientes hospitalizados, teniendo encuentra la alta tasa de morbilidad asociada a su incidencia, además del impacto socioeconómico, ya que aumenta el coste y el tiempo de hospitalización y también aleja al paciente de sus actividades profesionales y sociales. Así, este estudio tuvo como objetivo general evaluar los Programas de Control de Infección Nosocomial (PCIN) de los servicios de salud como facilitadores de la calidad asistencial en el ayuntamiento de Campo Grande–Mato Grosso do Sul. Se trata de un estudio transversal y analítico con planteamiento cuantitativo. La población se constituyó por 16 Comités de Control de Infección Nosocomial (CCIN) de hospitales inscritos en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNE) y la muestra por 14 CCIN. La recolección de datos primarios y secundarios se realizó por medio de una entrevista estructurada, con uso de instrumentos validados y verificación de documentos, respectivamente. Los datos se organizaron en forma de tablas para el análisis y la comparación con las proposiciones del Decreto MS/GM nº 2.616, de 12 de mayo de 1998, y los resultados destacaron medias de conformidad de 80,58% para el indicador de evaluación de la estructura técnica y operativa (PECP), 60,77% para el indicador de las directrices operativas de prevención y control de infección (PCDO), 81,59% para el indicador de evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica (PCVE) y 63,44 % para el indicador de evaluación de las actividades de control y prevención de infección nosocomial. Esto nos permite concluir que hay necesidad de adecuaciones inmediatas en estos programas, principalmente en lo concerniente a las directrices y acciones de prevención y control de infección nosocomial. Los elementos relacionados con la estructura técnica y operativa y con el sistema de vigilancia epidemiológica mostraron mejores resultados, pero por debajo del nivel óptimo recomendado en la legislación, lo que señala la magnitud de este problema que aún es considerado como un reto para las instituciones.

Descriptores: Infección Nosocomial. Seguridad del Paciente. Calidad de la Atención de Salud. Evaluación de Servicios de Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número e porcentagem de hospitais segundo tipo de assistência, porte, entidade mantenedora e certificação de qualidade, Campo Grande – MS, 2016 (n=14)	26
Tabela 2 - Número e porcentagem de hospitais segundo constituição e tempo de existência de CCIH, Campo Grande –MS, 2016 (n=14).....	27
Tabela 3 - Número e porcentagem de hospitais segundo tipo de unidade de terapia intensiva, Campo Grande – MS, 2016 (n=14)	27
Tabela 4 - Percentual de conformidade dos indicadores aplicados nos hospitais, Campo Grande – MS, 2016.....	28
Tabela 5 - Número e porcentagem de conformidade por item do indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do programa de controle de infecção hospitalar aplicado nos hospitais, Campo Grande – MS, 2016	29
Tabela 6 - Número e porcentagem de conformidade por item do indicador de avaliação das diretrizes operacionais de prevenção e controle de infecção hospitalar aplicado nos hospitais, Campo Grande – MS, 2016	30
Tabela 7 - Número e porcentagem de conformidade por item do indicador de avaliação do sistema de vigilância epidemiológica de infecção hospitalar aplicado nos hospitais, Campo Grande – MS, 2016.....	31
Tabela 8 - Número e porcentagem de conformidade por item do indicador de avaliação das atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar aplicado nos hospitais, Campo Grande – MS, 2016.....	32
Tabela 9 - Percentual de conformidade dos indicadores aplicados nos hospitais, Campo Grande – 2016 (n=14)	33

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	INFECÇÃO HOSPITALAR: DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	13
2.2	AS COMISSÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	14
2.3	OS PROGRAMAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	15
2.4	O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E QUALIDADE ASSISTENCIAL	16
2.5	O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E A SEGURANÇA DO PACIENTE	18
2.6	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	18
3	OBJETIVOS.....	20
3.1	GERAL	20
3.2	ESPECÍFICOS	20
4	JUSTIFICATIVA.....	21
5	MATERIAL E MÉTODOS	22
5.1	TIPO DE PESQUISA.....	22
5.2	LOCAL DA PESQUISA, POPULAÇÃO DE ABRANGÊNCIA	22
5.3	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	22
5.4	SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	24
5.5	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	25
6	RESULTADOS.....	26
7	DISCUSSÃO	34
8	CONCLUSÃO	44
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNDICE A - Carta aos hospitais	53
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	54
	ANEXO A - Indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do PCIH (PCET)	56
	ANEXO B - Diretrizes operacionais de prevenção e controle de IH (PCDO)	58
	ANEXO C - Sistema de vigilância epidemiológica de IH (PCVE)	61
	ANEXO D - Atividades de controle e prevenção de IH (PCCP).....	63

ANEXO E – Caracterização do serviço de saúde	65
---	-----------

1 INTRODUÇÃO

A infecção hospitalar (IH) é um relevante problema de saúde pública que impacta em índices de morbidade e mortalidade, requerendo dos serviços de saúde e seus profissionais maior preocupação com a qualidade assistencial e a segurança do paciente.

É uma das principais complicações após internação e pode ocasionar afastamento do paciente de suas tarefas profissionais e familiares, além do impacto socioeconômico por aumentar custos e tempo de internação. Assim, é imprescindível que os serviços hospitalares constituam Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) com vistas à implantação e execução de normas e rotinas que objetivam a prevenção e controle deste agravo.

Pode-se afirmar que os serviços que dispõem de CCIH estruturada e atuante, como orienta a Portaria Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro nº 2.616/98, apresentam menores índices de IH, bem como evidenciam uma preocupação com a segurança do paciente por meio da implantação sistematizada de ações que englobam, além de normas e rotinas assistenciais, adequação de estrutura física e fluxos operacionais, como também treinamentos e orientações no intuito de capacitar e conscientizar todos que assistem direta ou indiretamente o paciente.

Diante dessa premissa, a complexidade e a gravidade das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), evidenciadas pelos índices crescentes de mortalidade, a necessidade de aprofundamento no que concerne à prevenção e controle desse agravo como estratégia de promoção da segurança do paciente e a contribuição direta e indireta da enfermagem nesse controle por meio da CCIH se fazem precípuas.

Não obstante à existência de legislação nacional, por meio da Portaria MS/GM nº 2.616/98, indicando a criação de Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) em estabelecimentos de assistência à saúde, o atual sistema de avaliação não favorece mensuração, interpretação e qualificação da sua avaliação, fato que deve ser considerado insuficiente para determinar a qualidade das práticas assistenciais (SILVA; LACERDA, 2011).

Desse modo, diante da relevância do tema e baseando-se no desconhecimento sobre a estruturação dos serviços de saúde do município de Campo Grande – Mato Grosso do Sul em relação às práticas de prevenção e

controle das infecções hospitalares conforme o amparo legal, este estudo avaliou as CCIH por meio dos indicadores de estrutura e processo dos PCIH nas instituições hospitalares.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 INFECÇÃO HOSPITALAR: DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A IH é caracterizada como aquela infecção adquirida após internação, desde que não incubada no momento de admissão, bem como aquela que se manifesta após alta do serviço de saúde e que possa ser relacionada ao período de internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998).

Tal infecção tem sido renomeada como infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) em virtude da maior abrangência do termo em relação a sua ocorrência nos mais variados serviços de saúde. Isto implica a necessidade de instituir medidas de prevenção e controle dessas infecções em todos os locais onde aconteça o cuidado e assistência à saúde, isto é, nesse escopo, são incluídas as unidades ambulatoriais, de reabilitação e de longa permanência, serviços de hemodiálise e de assistência domiciliar (ANVISA, 2013a; PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

As infecções relacionadas à complicação ou extensão de quadros infecciosos já existentes, quando não houver mudança de patógeno ou evidência de nova infecção, não poderão ser consideradas IH. Logo, para que haja efetividade na diferenciação e investigação desse agravo, é imprescindível que os serviços de saúde constituam CCIH para formulação e execução de ações deliberadas e sistemáticas com vistas à prevenção e controle desse agravo (BRASIL, 1998; SMELTZER; BARE, 2011).

Todos os anos são estimados que quase 1,5 milhões de pessoas adquirem algum tipo de IH no mundo. A cada 100 pacientes hospitalizados, sete serão acometidos por infecções associadas ao cuidado em países desenvolvidos e 10 nos em desenvolvimento, o que ocasiona além de problemas éticos, jurídicos e sociais, prolongamento do tempo de internação, aumento de seus respectivos custos e de óbitos preveníveis (OLIVEIRA; PAULA, 2013; SOUZA, E. et al., 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A IRAS é classificada, segundo topografia, com maior frequência em infecção primária da corrente sanguínea (IPCS), pneumonia nosocomial, infecção do trato urinário (ITU) e infecção do sítio cirúrgico (ISC), cada uma delas com suas

particularidades e critérios definidos para diagnóstico preciso, além de suas causas multifatoriais (ANVISA, 2013b).

Nesse contexto, o serviço de saúde deve realizar a vigilância epidemiológica (VE) das infecções por se tratar de um conjunto de ações para monitoramento dos casos e que favorece a redução dos índices dessas infecções, bem como dos óbitos relacionados ao agravo (SOUZA, E. et al., 2015).

Na VE podem ser utilizados variados métodos de investigação adequados às características de cada serviço, incluindo-se nesse escopo estratégias de identificação de paciente de risco, controle de práticas assistenciais, intervenções apropriadas, dentre outros (SOUZA, E. et al., 2015).

Tal metodologia de investigação possibilita uma observação ativa e sistemática da ocorrência de IRAS, como também das condições e eventos que a propiciam, colaborando para a execução oportuna de medidas preventivas. É um método que determina taxas de incidência e prevalência (BRASIL, 1998).

2.2 AS COMISSÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

No Brasil, a necessidade dos serviços de saúde em constituir as comissões de controle de infecção hospitalar foi enfatizada na década de 80, período que as notificações de IH foram iniciadas, mesmo que voluntárias, bem como a definição de normas para desinfecção e esterilização, limpeza do ambiente e, acima de tudo, atividades de vigilância e educação em saúde (OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Em relação ao amparo legal, a obrigatoriedade das CCIH foi oficializada por meio da Lei Federal nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, sendo o estabelecimento formal das diretrizes e normas para a prevenção e o controle das IH oficializado no ano seguinte, por meio da Portaria MS/GM nº 2.616, de 12 de maio de 1998 (DUTRA et al., 2015).

Tais comissões podem ser definidas como parte fundamental para melhoria da prática assistencial por meio da atuação multiprofissional e formalmente organizada em ações como detecção de IH, padronização de medicamentos e materiais, elaboração de guias e protocolos, treinamento de profissionais e outras, com vistas ao equilíbrio de várias vertentes do estabelecimento de saúde. É um serviço responsável pela execução e gerenciamento de medidas imprescindível ao

bloqueio das infecções, além de aproximar administração e assistência (PUCCINI, 2011).

É válido ressaltar que, além de normas e rotinas assistenciais formalmente implantadas, a CCIH atua com atividades educativas que visam à redução das IRAS e maior comprometimento dos profissionais de saúde aos protocolos estabelecidos. Nesse sentido, torna-se reconhecida como um órgão que colabora na promoção do conhecimento e valorização da educação permanente (OLIVEIRA; LUCAS, 2008).

No que se refere à organização da CCIH, de acordo com a Portaria MS/GM 2616/98, orienta-se que seja multiprofissional e dividida em membros consultores (formuladores de diretrizes) e executores (encarregados de executar as ações programadas). O primeiro grupo deverá ter representantes do serviço médico, de enfermagem, de farmácia, do laboratório de microbiologia e da administração, enquanto o segundo, composto minimamente por dois técnicos de nível superior a cada 200 leitos, deverá ter preferencialmente um enfermeiro em sua composição (BRASIL, 1998).

A administração dos serviços de saúde deverá prover infraestrutura necessária e garantir autonomia da CCIH na implantação de medidas previamente discutidas, com vistas a uma política de controle (RICHTMANN, 2008).

2.3 OS PROGRAMAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

O PCIH, no Brasil, tornou-se obrigatório por meio da Lei Federal nº 9.431/97 e manteve sua caracterização, segundo Anexo I da Portaria MS/GM nº 2.616/98, como “um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares” (BRASIL, 1998).

Esse PCIH deve estar alinhado ao planejamento estratégico das instituições com foco no cumprimento dos objetivos traçados, o que inclui todas as ações necessárias para a identificação de riscos na transmissão de infecção, estratégias que os minimizem ou eliminem, bem como o método de avaliação dos resultados (ANVISA, 2013a).

Considerando a magnitude das IRAS, inúmeros programas de vigilância, prevenção e controle de IH têm sido desenvolvidos no Brasil e no mundo. A preocupação com essa temática é relatada desde 1800, nos tempos de Florence

Nightingale, que atuou na Guerra da Criméia e Ignaz Semmelweis na prevenção da infecção puerperal, no entanto esses programas foram melhores e formalmente aperfeiçoados nas décadas de 60 e 70, nos Estados Unidos da América (EUA), e, apesar de apresentarem diferentes metodologias, sempre possibilitaram benefícios para as instituições de saúde (ANVISA, 2013a).

O sucesso da implantação de programas de controle de infecção hospitalar obteve destaque na década de 80, quando houve a publicação de guias técnicos focando o assunto na esfera de avaliação sanitária de estrutura, além da conscientização dos profissionais de saúde a respeito do assunto por meio de um programa de capacitação para as equipes (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

Rodrigues e Richtmann (2008) citam a importância do projeto *Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control*, um estudo desenvolvido nos EUA, nos anos 80, que evidenciou a redução de taxas de infecção, bem como de morbi/letalidade através da implantação de um programa de controle de IH, por meio de normas e rotinas adequadamente discutidas e implantadas.

É esperado que um bom PCIH tenha claramente definidas as estratégias de prevenção de infecção e mecanismos de detecção das mesmas, considerando que é a instituição quem define quais os sítios, agentes e procedimentos relevantes para vigilância, itens que norteiam a implementação de medidas de melhoria (ANVISA, 2013a).

2.4 O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E A QUALIDADE ASSISTENCIAL

Os controles de infecção e da qualidade assistencial são congruentes no que se refere ao aperfeiçoamento da atenção à saúde. Iniciam uma abordagem epidemiológica com coleta e interpretação de dados que subsidiarão informações para adequação estrutural, processual e de resultados no serviço de saúde, uma vez que é estimado que 30% das IRAS são preveníveis, considerando a existência de um programa de controle de infecção efetivo (MENEGUETI, 2013; OLIVEIRA; PAULA, 2013).

A qualidade no contexto do controle das infecções hospitalares é complexa e desafiadora para os profissionais de saúde. Evidenciada desde os tempos de Semmelweis, a qualidade requer de controladores de infecção um esforço contínuo

nas instituições para seu aprimoramento crescente (ANVISA, 2013a; MANZO et al., 2012; PUCCINI, 2011).

Sob o ponto de vista da qualidade assistencial, o ápice da atenção à saúde é oferecer o maior nível de qualidade ao maior número de pessoas, focando na tríade de gestão de estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1986).

Assim sendo, é relevante a implementação de um programa que favoreça a qualidade assistencial, reduzindo falhas nos cuidados com vistas à garantia de um serviço de excelência, livre de riscos e danos, tais como as IH (SOUZA, E. et al., 2015).

A IH é citada com uma das principais complicações e causas de mortalidade dentro dos estabelecimentos de saúde, podendo estar diretamente associada à extensa realização de procedimentos invasivos e complicações relacionadas a doenças graves e outros, reforçando a necessidade de políticas de controle (GUIMARÃES et al., 2011; SOUZA, E. et al., 2015).

Sob essa perspectiva, considerando-se a política de segurança do paciente, a busca pelo alcance da qualidade assistencial tem sido uma meta dos serviços, uma vez que a sociedade se porta cada vez mais exigente e mais consciente de seus direitos exigindo das instituições maior comprometimento. Isto reforça a necessidade de implantação de políticas de qualidade tanto na rede pública como privada (COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR, 2012).

Nesse contexto, ao se abordar qualidade e segurança do paciente, faz-se necessário mencionar evento adverso, pois é uma falha assistencial de incidência média de 15%, dos quais poderia ter sido prevenida em mais da metade e que, sob a ótica do controle de infecção, reforça a preocupação de profissionais e administradores de serviços de saúde para a implantação de um PCIH em todos os níveis de assistência (OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Em síntese, um PCIH adequadamente elaborado e implantado é capaz de superar normas formais apenas para redução das infecções a um nível aceitável, tornando-se alicerce para um atendimento de excelência que envolva efetividade, eficiência, equidade e foco assistencial no paciente, em tempo hábil, além de dar credibilidade ao hospital e seus profissionais, demonstrando um verdadeiro compromisso com a segurança do paciente (ANVISA, 2013a).

2.5 O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E A SEGURANÇA DO PACIENTE

As infecções associadas ao cuidado, reconhecidas como relevante problema de saúde pública, interferem diretamente na segurança dos pacientes e requerem dos serviços de saúde estratégias prioritárias de vigilância e prevenção para a garantia de uma assistência segura (BELELA-ANACLETO et al., 2013; SOUZA, E. et al., 2015).

É possível definir segurança do paciente como a não ocorrência de dano durante assistência à saúde, considerando a execução oportuna de práticas, integralidade da assistência envolvendo paciente e família, além de amparo na fundamentação científica (BELELA-ANACLETO et al., 2013).

A temática segurança do paciente relaciona-se oficialmente ao controle de IRAS desde 2004 por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse projeto elencou prioridades nessa área, estabelecendo seis metas as quais incluem a redução do risco de infecção associada ao cuidado de saúde (OLIVEIRA; PAULA, 2013; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

É fato que na assistência à saúde, em muitos casos, a internação hospitalar torna-se imprescindível para a realização do cuidado, requerendo das instituições e profissionais de saúde estratégias para minimizar os riscos aos quais os pacientes são expostos, uma vez que dentre os eventos adversos evidenciados, 70% resultam em incapacidade temporal e quase 15% são fatais (DUTRA et al., 2015; OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Nesse cenário, é de suma importância que o controle de IRAS não seja um programa isolado, mas, sim, parte integrante de uma assistência de qualidade e da segurança do paciente, visto que inúmeros desafios se fazem presentes para tornar o cuidado mais seguro necessitando associar as práticas ao ensino e pesquisa (OLIVEIRA; PAULA, 2013; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

2.6 INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Indicadores em saúde são utilizados para avaliar a qualidade de um dado serviço, sendo conceituados como medidas qualitativas ou quantitativas de resultados desejáveis e indesejáveis, o que requer contínuo monitoramento para que

se verifiquem desempenhos, detectem problemas e orientem soluções com vistas a mudanças oportunas para garantia de melhorias (FRÖHLICH; MENGUE, 2011).

São os indicadores que permitem a análise da evolução dos resultados e colaboram para que estratégias gerenciais possam ser redesenhadas perante cada necessidade. É preciso mensurar a qualidade da assistência em saúde no intuito de minimizar a ocorrência das IRAS, visto que a taxa de infecção hospitalar é um relevante indicador de resultado (DONABEDIAN, 1986; GABRIEL et al., 2011).

É por meio da análise e acompanhamento dos indicadores de avaliação que a melhoria dos processos assistenciais é norteadada, considerando a relevância da qualidade e segurança do cuidado em saúde e que a maioria dos eventos danosos (resultados desfavoráveis) aos pacientes, tais como as infecções hospitalares, é passível de prevenção (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Frente ao exposto, objetivando garantir a segurança do paciente, a adoção de indicadores de avaliação da qualidade das práticas assistenciais torna-se um importante método para o contínuo aprimoramento e construção de melhorias de forma dinâmica e com vistas à excelência do cuidado (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar os Programas de Controle de Infecção Hospitalar dos hospitais do município de Campo Grande – MS como facilitador da qualidade assistencial e segurança do paciente.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os serviços de saúde participantes;
- Calcular os índices de conformidade das práticas do PCIH, utilizando indicadores clínicos validados; e
- Discutir o índice de conformidade referente às medidas de controle de infecção hospitalar, segundo recomendação da Portaria MS/GM 2.616/98.

4 JUSTIFICATIVA

A avaliação do PCIH dos serviços de saúde apresenta-se relevante por fomentar a necessidade de tê-lo implantado nas instituições, além de sua importância como ferramenta estratégica para garantia da qualidade assistencial.

Desse modo, a presente pesquisa é apropriada para conhecimento da estruturação dos PCIH dos serviços de saúde, sob o âmbito da Portaria MS/GM nº 2.616/98 que orienta as diretrizes para prevenção e controle de IRAS.

É oportuna e necessária a realização de novos estudos com o objetivo de mapear a realidade do município a fim de subsidiar políticas públicas de melhoria das práticas de controle de IH. É sugerido que a aplicação de indicadores de avaliação dos PCIH incorpore a rotina de avaliação nos serviços de saúde abrangendo auditorias internas e inspeções sanitárias (MENEGUETI et al., 2015).

Não obstante, os resultados deste trabalho servirão para subsidiar ações com foco na segurança do paciente durante a assistência por meio da atuação dessas comissões que elaboram e executam o PCIH, considerando as seguintes hipóteses desta pesquisa:

1. As CCIH do município de Campo Grande terão índices de conformidade variáveis de acordo os indicadores de estrutura e processo dos PCIH;
2. Não há diferença significativa entre os índices de conformidade das práticas dos PCIH entre hospitais com ou sem UTI.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa.

No estudo transversal, as variáveis são identificadas em uma única oportunidade no tempo e as relações entre as mesmas são determinadas simultaneamente, não existindo, portanto, período de seguimento dos sujeitos ou unidades de estudo. A análise dos dados é a principal maneira de identificar os objetos pretendidos (KLEIN; BLOCH, 2009; PEREIRA, 2008).

Os estudos analíticos relacionam-se com hipóteses assim como a busca por fatores relevantes na ocorrência de um fato que neste estudo relaciona a qualidade da assistência com as normas e rotinas de prevenção de IH (PEREIRA, 2008).

A abordagem quantitativa se dá devido à definição do objeto de estudo assim como o propósito de conhecer, de forma direta e ampla, as características dos PCIH (PEREIRA, 2008).

5.2 LOCAL DA PESQUISA, POPULAÇÃO DE ABRANGÊNCIA

A população abrangeu todas as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) dos serviços de saúde do município de Campo Grande, recrutados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nas categorias de hospitais gerais e especializados, públicos, privados ou filantrópicos, e que possuam leitos de internação, sendo evidenciado o total de 16 CCIH.

A amostra foi composta por 14 serviços que concordaram em participar desta pesquisa, uma vez que uma instituição se recusou a participar e a outra não se manifestou após apresentação do estudo.

5.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada aos membros das CCIH de cada serviço participante, bem como análise dos documentos referentes ao PCIH apresentados na visita à instituição, após contato e autorização formal do diretor (Apêndice A).

Como instrumentos para coleta de dados nas entrevistas, foram utilizados os indicadores construídos e validados por Silva (2005), que abordam indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do PCIH (PCET – Anexo A), diretrizes operacionais de prevenção e controle de IH (PCDO – Anexo B), sistema de vigilância epidemiológica de IH (PCVE – Anexo C), atividades de controle e prevenção de IH (PCCP – Anexo D).

Tais instrumentos apresentam uma classificação própria para fundamentação teórico-científica, considerando todas as formas de categorização de evidências da literatura nacional e internacional, no intuito de sustentar o conteúdo e identificar a força da evidência (SILVA, 2005).

O instrumento de nível de evidência A é baseado em estudos com revisão sistemática e metanálise, de investigação experimental controlada e randomizada e outros, correspondendo às melhores recomendações de outras entidades, enquanto o de nível B considerou estudos prospectivos observacionais e sequenciais, revisão sistemática sem metanálise e outros correspondentes à segunda melhor categoria de outras entidades (SILVA, 2005).

O nível de evidência C foi subsidiado em estudos observacionais não experimentais, consenso de especialistas, entre outros, o que corresponde à terceira e demais categorias de evidência de outras entidades (SILVA, 2005).

A pontuação de relevância disposta nesses instrumentos para cada item de avaliação foi obtida por consenso dos especialistas durante validação, sendo 4 – muito relevante, 3 – relevante, 2 – pouco relevante e 1 – não relevante (SILVA, 2005).

O indicador para avaliação da estrutura técnico-operacional (PCET) foi aplicado no intuito de avaliar os recursos disponíveis do PCIH para identificação e análise de IH, bem como implementação de ações de prevenção e controle desse agravo. Possui nível de evidência C.

O indicador para avaliação de diretrizes operacionais de prevenção e controle de IH (PCDO) foi utilizado para avaliar se existem diretrizes sob a forma de manuais, resoluções e outros para áreas ou serviços da instituição, entretanto não avalia se as mesmas são executadas e de que maneira isso ocorre. Possui nível de evidência C.

O indicador de avaliação do sistema de vigilância epidemiológica de IH (PCVE) foi utilizado para avaliar se tal sistema é executado por meio de ações como

busca ativa, notificação de IH de pacientes internados, elaboração e divulgação de indicadores e outras essenciais para um sistema ativo de vigilância de IH. Possui nível de evidência A e C.

O indicador para avaliação de atividades de controle e prevenção de IH (PCCP) foi aplicado para avaliar as atividades realizadas pelos profissionais que atuam no serviço de controle de IH, nos diversos setores da instituição. Tais atividades incluem visitas técnicas, orientações, treinamentos, participação em reuniões e outros. Possui nível de evidência C.

Para caracterização dos serviços de saúde participantes em relação ao porte, tipo de atendimento, certificação de qualidade, natureza jurídica, disponibilidade de UTI, composição e estrutura da CCIH, foi utilizado o instrumento (Anexo E) formulado por Meneguetti (2013) cujas questões foram adaptadas para melhor atendimento dos objetivos desta pesquisa.

O cálculo de indicadores de conformidade adequados a cada serviço foi realizado conforme orientação do Manual de Indicadores de Avaliação de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar em que se utilizam numeradores (total de práticas em conformidade) e denominadores (total de práticas avaliadas e aplicáveis), no próprio instrumento da coleta de dados (SÃO PAULO, 2006).

Faz-se necessário afirmar que além do cálculo de conformidade total e não conformidade, de acordo com Meneguetti (2013), foi considerado o critério de conformidade parcial quando os serviços de saúde apresentaram apenas parte da documentação exigida ou apresentaram documentação desatualizada, assim como o critério “não se aplica” para os itens não disponíveis nos serviços avaliados.

Para efeito desta pesquisa, a coleta de dados foi realizada no período de dezembro/2015 a janeiro/2016.

5.4 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram organizados em planilhas no *Microsoft Office Excel 2007* para cálculo das médias (tendência central) e desvio padrão (medida de dispersão), sendo os resultados deste estudo apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas.

A comparação entre as instituições com e sem unidade de terapia intensiva (UTI), em relação ao percentual de conformidade, foi realizada através do teste não

paramétrico de Mann-Whitney, uma vez que boa parte das amostras não passou no teste de normalidade de Shapiro-Wilk. A análise estatística analítica foi realizada utilizando-se o programa estatístico Sigma Plot, versão 12.5, considerando um nível de significância de 5% (SCOTT; MAZHINDU, 2014).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, conforme exigências da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, após cadastro da mesma na Plataforma Brasil e sendo aprovada com parecer de aprovação nº. 1.327.464.

Só foram consideradas as informações das instituições que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do diretor na carta de apresentação da pesquisa (Apêndice A) e após aprovação da pesquisa pelo CEP e dos responsáveis pela CCIH no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B).

Quanto aos benefícios desta pesquisa, pôde-se conhecer o PCIH dos serviços de saúde e fornecer subsídios para a implementação de ações com foco na segurança do paciente e qualidade assistencial, bem como parâmetros de conformidade, segundo a legislação, para os gestores e responsáveis pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar das instituições participantes.

As unidades hospitalares estudadas e os responsáveis pelo fornecimento das informações tiveram livre acesso aos seus resultados e, caso quisessem, poderiam ter retirado sua autorização a qualquer momento, não havendo nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

6 RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com a participação de 14 hospitais do município de Campo Grande- MS, o que representa 87,5% dos serviços elegíveis para este estudo, uma vez que houve uma (6,25%) recusa formal e uma (6,25%) ausência de retorno da instituição após apresentação da proposta.

A maioria das instituições participantes era hospitais gerais (57,14%), de pequeno porte (64,28%) e com predomínio de entidade mantenedora privada (50,00%). Quanto ao quesito certificação de qualidade em saúde, apenas uma instituição (7,14%) apresentou-se acreditada cuja certificação ocorreu pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), nível I (Tabela 1).

Tabela 1 - Número e porcentagem de hospitais segundo tipo de assistência, porte, entidade mantenedora e certificação de qualidade, Campo Grande – MS, 2016 (n=14)

Variáveis	Nº.	%
Tipo de assistência		
Geral	8	57,14
Especializada	4	28,57
Pediátrica	2	14,29
Porte (número de leitos)		
Pequeno (até 70)	9	64,28
Médio (71 a 200)	2	14,29
Grande (201 a 400)	2	14,29
Extra (acima de 400)	1	7,14
Entidade mantenedora		
Privada	7	50,00
Mista	5	35,71
Pública	2	14,29
Certificação de qualidade		
Não	13	92,86
Sim	1	7,14

Fonte: Autoria própria.

Em relação à existência de CCIH no hospital, o resultado foi satisfatório por evidenciar sua constituição em todas as instituições e em 64,2% delas por um período superior a nove anos (Tabela 2).

Todas as CCIH eram compostas por funcionários do próprio hospital, limitando-se os terceirizados apenas a alguns serviços de controle de infecção

hospitalar (SCIH) que contavam com o apoio de estagiários de enfermagem. Os médicos atuavam, em média, há seis anos na maioria das CCIH e as enfermeiras há três.

Tabela 2 - Número e porcentagem de hospitais segundo constituição e tempo de existência de CCIH, Campo Grande –MS, 2016 (n=14)

Variáveis	Nº.	%
Constituição de CCIH		
Sim	14	100,0
Não	-	-
Tempo de existência (anos)		
Até 3	2	14,29
De 4 a 6	2	14,29
De 7 a 9	1	7,14
Acima de 9	9	64,28

Fonte: Autoria própria.

Dentre os hospitais participantes, foi considerada a disponibilidade de unidade UTI, considerando que esta reflete a complexidade da assistência prestada e exposição do paciente aos cuidados e procedimentos, havendo predomínio das unidades adultas (57,1%). Importante afirmar que 35,7% da amostra não apresentavam esse tipo de assistência (Tabela 3).

Tabela 3 - Número e porcentagem de hospitais segundo tipo de unidade de terapia intensiva, Campo Grande – MS, 2016 (n=14)

Unidade de terapia intensiva	Nº.	%
Adulta	8	57,14
Pediátrica	3	21,42
Neonatal	4	28,57
Nenhuma	5	35,71

Nota: cada hospital poderia assinalar um ou mais tipo de unidade de terapia intensiva, a porcentagem é relativa a 14 instituições participantes.

Fonte: Autoria própria.

Ao se aplicar os instrumentos para avaliação dos processos referentes ao PCIH dos hospitais participantes, foi possível evidenciar melhores resultados nos indicadores referentes à estrutura técnico-operacional e sistema de vigilância

epidemiológica de IH, com médias de conformidade de 80,58% e 81,59%, respectivamente (Tabela 4).

Os indicadores referentes às diretrizes operacionais e ações de prevenção e controle de infecção apresentaram, de maneira geral, resultados bem abaixo do esperado, com respectivas médias de conformidade de 60,77% e 63,44%, uma vez que o ideal seria, segundo Portaria MS/GM 2.616/98, que todos os indicadores resultassem em 100,0% de conformidade na população em estudo.

Foi possível identificar ainda que não há uma uniformidade nas rotinas implantadas nos hospitais, visto que em cada indicador houve variações significativas entre os itens avaliados, sendo alguns deles com resultados excelentes e outros muito ruins.

Tabela 4 - Percentual de conformidade dos indicadores aplicados nos hospitais, Campo Grande – MS, 2016

Hospitais	Indicador PCET* %	Indicador PCDO** %	Indicador PCVE*** %	Indicador PCCP**** %
Hospital A	92,30	69,23	90,00	84,00
Hospital B	79,48	92,85	100,00	90,47
Hospital C	100,00	84,61	90,00	76,00
Hospital D	100,00	84,61	100,00	81,48
Hospital E	100,00	40,00	50,00	16,00
Hospital F	100,00	53,33	100,00	90,00
Hospital G	58,97	80,00	90,00	82,60
Hospital H	100,00	53,33	100,00	58,69
Hospital I	30,76	20,00	90,00	15,38
Hospital J	58,97	-	60,00	26,92
Hospital K	100,00	100,00	100,00	100,00
Hospital L	79,48	73,33	90,00	83,33
Hospital M	69,23	53,33	60,00	33,33
Hospital N	58,97	46,15	22,22	50,00
Média	80,58	60,77	81,59	63,44
Desvio padrão	22,21	28,38	24,02	29,67

*PCET: indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional;

**PCDO: indicador de avaliação das diretrizes operacionais;

***PCVE: indicador de avaliação do sistema de vigilância epidemiológica;

****PCCP: Indicador de avaliação das atividades de prevenção e controle de infecção hospitalar.

Fonte: Autoria própria.

Ao se considerar a conformidade de cada item do instrumento que avaliou a estrutura técnico-operacional do PCIH, identificou-se que as maiores inadequações nesse quesito se referem a não existência de profissionais de nível superior exclusivos para as atividades de prevenção e controle de infecções, além de o espaço físico destinado ao setor não estar adequado. Tais itens estão em desacordo com a legislação (Tabela 5).

Tabela 5 - Número e porcentagem de conformidade por item do indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do programa de controle de infecção hospitalar aplicado nos hospitais, Campo Grande – MS, 2016

Indicador PCET*	n	Conforme		Não conforme		Conforme parcial	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
A CCIH é representada, no mínimo, por membros do serviço médico, enfermagem e administração.	14	14	100,00	-	-	-	-
Há um regimento que determina o funcionamento da CCIH e/ou SCIH.	14	12	85,71	-	-	2	14,29
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 (consoante ou não).	14	8	57,14	6	42,86	-	-
O enfermeiro atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 6h/dia.	14	10	71,42	4	28,58	-	-
Há outro profissional, com nível superior, que atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 4h/dia.	14	8	57,14	6	42,86	-	-
A CCIH realiza reuniões periódicas com participação dos membros executivos e lideranças.	14	12	85,71	2	14,29	-	-
Há suporte de laboratório de microbiologia e patologia, próprio ou terceirizado.	14	14	100,0	-	-	-	-
Há espaço físico delimitado e exclusivo para as atividades diárias, arquivos etc. da CCIH ou do SCIH.	14	9	64,28	5	35,72	-	-
Há disponibilização de recursos informatizados para as atividades desenvolvidas pela CCIH ou SCIH.	14	14	100,00	-	-	-	-
A administração disponibiliza dados estatísticos (nº de admissões, altas, óbitos, pacientes-dia etc.) para a realização de relatórios da CCIH ou SCIH.	14	12	85,71	2	14,29	-	-
Média			80,71		17,86		1,42
Desvio padrão			17,18		18,21		4,51

*PCET: indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional

Fonte: Autoria própria.

Na avaliação das diretrizes operacionais de prevenção e controle de infecção, considerando apenas as recomendações formais (manuais, guias, normas, resoluções e outros), e não a maneira como estavam implantadas as rotinas, o instrumento aplicado evidenciou conformidade insatisfatória, visto que apenas uma média 60,77% dos itens avaliados neste quesito encontrava-se disponível nas comissões (Tabela 6).

Tabela 6 - Número e porcentagem de conformidade por item do indicador de avaliação das diretrizes operacionais de prevenção e controle de infecção hospitalar aplicado nos hospitais, Campo Grande – MS, 2016

Indicador PCDO*	n	Conforme		Não conforme		Conforme parcial	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Há recomendação para avaliação e encaminhamento de acidentes com perfurocortantes e outras exposições a material biológico.	13	11	84,61	1	7,69	1	7,69
Há recomendações para descarte de resíduos de serviço de saúde (RSS).	12	8	66,66	3	25,00	1	8,33
Há recomendações para o controle e prevenção de infecções respiratórias.	14	6	42,85	8	57,14	-	-
Há recomendações para o controle e prevenção de infecções urinárias.	14	5	35,71	8	57,14	1	7,14
Há recomendações para o controle e prevenção de infecções de corrente sanguínea.	14	5	35,71	9	64,28	-	-
Há recomendações para o controle e prevenção de infecções de sítio cirúrgico.	13	6	46,15	7	53,84	-	-
Há recomendação para isolamentos de pacientes com doenças infectocontagiosas ou imunodeprimidos.	14	11	78,57	3	21,42	-	-
Há recomendação para o uso de antibióticos profiláticos para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico.	13	11	84,61	2	15,38	-	-
Há padronização de germicidas e antissépticos.	14	10	71,42	4	28,57	-	-
Há recomendação de técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos.	14	8	57,14	6	42,85	-	-
Há recomendação de técnica de higienização de mãos.	14	13	92,85	1	7,14	-	-
Há recomendação da rotina de limpeza e desinfecção de superfícies.	14	11	78,57	2	14,28	1	7,14
Há recomendação para lavagem e higienização de roupas utilizadas na instituição.	14	3	21,42	10	71,42	1	7,14
Há recomendação da técnica para coleta de material para realização de culturas.	14	4	28,57	8	57,14	2	14,28
Há recomendação das técnicas de curativos e periodicidade de trocas dos mesmos.	11	9	81,81	2	18,18	-	-
Média			60,44		36,10		3,44
Desvio padrão			23,57		22,35		4,68

Nota: o n apresentou variação entre os itens avaliados, pois alguns deles não eram aplicáveis a todos os hospitais participantes;

*PCDO: indicador de avaliação das diretrizes operacionais.

Fonte: Autoria própria.

No que se refere ao sistema de vigilância epidemiológica adotado pelas CCIH, o resultado encontrado foi o melhor dentre todos os instrumentos aplicados. Isto reflete que os programas estão sendo executados por meio de vigilância ativa das infecções e emissão de relatórios, porém alguns com necessidade de adequações, principalmente, relacionadas à correlação dos resultados com intervenções (Tabela 7).

Tabela 7 - Número e porcentagem de conformidade por item do indicador de avaliação do sistema de vigilância epidemiológica de infecção hospitalar aplicado nos hospitais, Campo Grande – MS, 2016

Indicador PCVE*	n	Conforme		Não conforme		Conforme parcial	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Realiza vigilância epidemiológica (global ou por componente) com periodicidade determinada.	14	13	92,85	1	7,14	-	-
Realiza vigilância epidemiológica de IH por meio de busca ativa de casos.	14	13	92,85	1	7,14	-	-
Realiza busca ativa de casos de IH nas unidades de maior risco (UTI, berçário, queimados etc.).	13	12	92,30	-	-	1	7,69
Monitora, com periodicidade e registros regulares, resultados microbiológicos de culturas que identificam cepas ou espécies de micro-organismos, inclusive resistentes.	14	11	78,57	3	21,42	-	-
Há critérios predeterminados para diagnóstico de IH.	14	13	92,85	1	7,14	-	-
Produz relatório periódico dos resultados da vigilância epidemiológica (níveis endêmicos).	14	13	92,85	1	7,14	-	-
Os relatórios analisam e informam alterações do perfil epidemiológico (descritivos e/ou gráficos).	14	11	78,57	3	21,42	-	-
Os relatórios correlacionam resultados com estratégias de controle e prevenção adotadas (intervenção).	14	5	35,71	9	64,28	-	-
Os relatórios são regularmente disponibilizados aos diversos setores e lideranças da instituição.	14	11	78,57	3	21,42	-	-
Os relatórios são regularmente disponibilizados para os órgãos públicos concernentes (gestores).	14	12	85,71	2	14,28	-	-
Média			82,08		17,13		0,76
Desvio padrão			17,53		18,19		2,43

Nota: o n apresentou variação entre os itens avaliados, pois alguns deles não eram aplicáveis a todos os hospitais participantes;

*PCVE: indicador de avaliação do sistema de vigilância epidemiológica.

Fonte: Autoria própria.

Dentre as atividades realizadas pela CCIH nos diversos setores e áreas do hospital, é possível evidenciar a necessidade imediata de intensificar tais ações, visto que em determinados locais, tais como laboratório, berçário e farmácia, a média de conformidade encontrada não foi satisfatória, requerendo atuação mais enfática e contínua dos controladores de infecção. A média geral de conformidade dos itens analisados foi 63,27%, como mostra a Tabela 8.

Tabela 8 - Número e porcentagem de conformidade por item do indicador de avaliação das atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar aplicado nos hospitais, Campo Grande – MS, 2016

Indicador PCCP	n	Conforme		Não conforme		Conforme parcial	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Unidade de diálise (I – D – R –C – O)	3	2	66,66	1	33,33	-	-
Banco de sangue (I – D – R –C – O)	6	3	50,00	3	50,00	-	-
Laboratório de análises clínicas (I – D – R –C – O)	7	2	28,57	4	57,14	1	14,28
Laboratório de anatomia patológica (I – D – R –C – O)	5	2	40,00	2	40,00	1	20,00
Unidades de internação (I – D – R –C – O)	14	13	92,85	1	7,14	-	-
Unidades de terapia intensiva (I – D – R –C – O)	9	8	88,88	1	11,11	-	-
Berçário (I – D – R –C – O)	5	2	40,00	3	60,00	-	-
Central de Material e Esterilização (I – D – R –C – O)	13	9	69,23	3	23,07	1	7,69
Centro cirúrgico (I – D – R –C – O)	14	11	84,66	2	15,33	-	-
Pronto-socorro (I – D – R –C – O)	9	7	77,77	2	22,22	-	-
Ambulatório (I – D – R –C – O)	13	8	61,53	5	38,46	-	-
Serviço de Farmácia (I – D – R –C – O)	14	8	57,14	6	42,85	-	-
Serviço de Nutrição e Dietética (I – D – R –C – O)	14	10	71,42	4	28,57	-	-
Participa nas decisões técnicas para especificação e aquisição de produtos e correlatos.	14	8	57,14	4	28,57	2	14,28
Média			63,27		32,69		4,01
Desvio padrão			19,32		16,38		7,02

Nota: o n apresentou variação entre os itens avaliados, pois alguns deles não eram aplicáveis a todos os hospitais participantes. Identificação dos 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?

Fonte: Autoria própria.

A Tabela 9 ilustra que os instrumentos aplicados apresentaram, em sua maioria, resultados relevantes quando comparados aos hospitais que possuem UTI

com os não possuidores, visto que o valor de p foi significativo em 75% das análises realizadas.

Isto demonstra que, apesar de haver necessidade de melhorias nos PCIH da população em estudo, o primeiro grupo apresenta-se mais organizado e envolvido nas práticas de prevenção e controle de IRAS, visto que pacientes internados em UTI estão mais suscetíveis a essas infecções devido à complexidade de sua assistência, intervenções variadas, além das condições de base de cada paciente, o que requer uma assistência qualificada e segura.

Tabela 9 - Percentual de conformidade dos indicadores aplicados nos hospitais, Campo Grande – 2016 (n=14)

Indicador/Hospital	Percentual de conformidade		
	Conforme	Não conforme	Conformidade parcial
Indicador PCET*			
Com UTI**	94,58±8,93	5,13±8,40	0,00±0,00
Sem UTI	55,38±14,46	40,51±13,62	4,10±5,61
Valor de p	0,002	0,003	0,062
Ambas instituições	80,58±22,21	17,76±20,25	1,46±3,72
Indicador PCDO***			
Com UTI	72,37±20,21	25,29±21,41	2,34±4,84
Sem UTI	39,90±30,88	54,36±28,26	5,74±7,90
Valor de p	0,061	0,082	0,430
Ambas instituições	60,77±28,38	35,67±27,14	3,55±6,04
Indicador PCVE****			
Com UTI	91,11±16,16	8,89±16,16	0,00±0,00
Sem UTI	64,44±27,97	33,55±27,92	2,00±4,47
Valor de p	0,036	0,036	0,233
Ambas instituições	81,59±24,02	17,70±23,47	0,71±2,67
Indicador PCCP*****			
Com UTI	75,55±25,07	21,78±23,30	2,67±4,00
Sem UTI	41,65±26,09	55,27±24,79	3,08±6,88
Valor de p	0,046	0,033	0,866
Ambas instituições	63,44±29,67	33,74±28,30	2,81±4,94

Nota: Os dados estão apresentados em média±desvio padrão da média. Valor de p no teste de Mann-Whitney.

*PCET: indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional;

**UTI: Unidade de terapia intensiva;

***PCDO: indicador de avaliação das diretrizes operacionais;

****PCVE: indicador de avaliação do sistema de vigilância epidemiológica;

*****PCCP: Indicador de avaliação das atividades de prevenção e controle de infecção hospitalar.

Fonte: Autoria própria.

7 DISCUSSÃO

A presente pesquisa possibilitou constatar que as CCIH do município de Campo Grande- MS, em sua maioria, estão constituídas conforme Portaria MS/GM 2.616/98, no entanto os Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) precisam ser adequados em vários aspectos, principalmente no tocante à elaboração de guias e recomendações, além da execução de ações relacionadas à prevenção e controle desse agravo.

Os estudos têm demonstrado a efetividade dos PCIH e quão importante é a garantia de investimentos nesta área que colabora na diminuição dos índices de infecção, como evidenciado ao longo dos últimos anos. Esses programas devem ser introduzidos como estratégia para elevar a qualidade assistencial, visto que as IH representam uma crítica questão na segurança do paciente e a complicação mais comum entre aqueles hospitalizados (DICK et al., 2015; VANDIJCK, et al., 2013).

No entanto, é necessário que os PCIH favoreçam a apresentação dos resultados da prática assistencial, e não somente a expressão numérica de eventos relativos às IH, considerando que estas são um relevante problema de saúde pública e requerem ações que reduzam sua incidência (FREITAS; FERREIRA, 2016; OLIVEIRA et al., 2015).

As IH estão entre as causas mais frequentes de morte no mundo e a busca pela qualidade tornou-se uma preocupação dos gestores dos serviços de saúde, considerando que os pacientes estão cada vez mais orientados e conscientes de seus direitos e o acompanhamento dessas infecções é essencial para garantia de uma assistência segura (CARDOSO et al., 2013; GABRIEL et al., 2011; SANTOS; RENNÓ, 2013).

De acordo com a Portaria MS/GM 2.616/98, a CCIH é um “órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de Controle de Infecção Hospitalar”, sendo essencial no subsídio de ações com foco em melhores práticas assistenciais, requerendo de hospitais reorganização de seus processos de trabalho e adoção de indicadores de avaliação.

Nesse contexto, ao se avaliar os programas de controle de infecção hospitalar por meio de indicadores validados, o indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional (PCET) possibilitou verificar que no município de Campo Grande, dentre os hospitais participantes, 42,85% apresentaram-se conforme em todos os itens

referentes à estrutura física, recursos humanos e administrativos, no entanto é preocupante quando se evidencia que um dos hospitais apresentou apenas 30,76% de conformidade nesse indicador, quando a média geral foi de 80,58%.

Nesse indicador, as maiores dificuldades encontradas são referentes a não disponibilidade de profissionais exclusivos e em número adequado para as atividades e o espaço físico destinado à CCIH ser compartilhado por outros setores administrativos, fato que se opõe às orientações da legislação.

Várias comissões têm parcialmente a atuação exclusiva do enfermeiro, visto que esse profissional é compartilhado com a assistência e não consegue cumprir a jornada necessária ao controle de infecção, além de muitas CCIH não contarem com a assessoria de um médico infectologista ou mesmo um médico que cumpra a carga horária mínima exigida.

Os membros executores da CCIH, ou seja, aqueles que executam as ações previstas no PCIH deverão ser minimamente dois profissionais de saúde de nível superior para cada 200 leitos. É orientado ainda que um deles seja preferencialmente um enfermeiro com jornada de seis horas diárias e o outro profissional, quatro horas (BRASIL, 1998).

Em relação à estrutura física, é recomendado que a CCIH disponha de uma sala exclusiva para suas atividades, no entanto, em 35,7% dos hospitais, foi constatado que a CCIH divide seu espaço físico com outros serviços, principalmente como Gerência de Enfermagem e Faturamento.

Resultado semelhante foi evidenciado em Ribeirão Preto e no estado do Paraná cuja média de conformidade na avaliação desses mesmos itens foi de 75% e 79%, respectivamente, enquanto o estudo realizado na cidade de São Paulo encontrou média de conformidade 97% e o de Aracajú, 68,0%. Isto demonstra uma variação entre os municípios no cumprimento da legislação relativa ao controle de IH (ALVES, 2015; LYRIO, 2012; MENEGUETI et al., 2015; SILVA; LACERDA, 2011).

Ao se avaliar as diretrizes operacionais de prevenção e controle de infecção hospitalar, considerando que estas colaboram nos esforços para reduzir os índices de IH, o instrumento aplicado possibilitou evidenciar os resultados mais baixos de conformidade perante todos os instrumentos utilizados nesta pesquisa, visto que a média de conformidade foi de 60,77%.

Tais diretrizes foram analisadas sob a forma de manuais, regimentos, resoluções e outros e deveriam estar presentes no momento da visita, as quais

foram consideradas como “atende” aquelas atualizadas e “atende parcial” as desatualizadas, porém em processo de revisão.

Dos hospitais participantes, cinco apresentaram conformidade acima de 80%, quando o ideal seria 100%, resultado encontrado em apenas um hospital. O instrumento avaliou 15 itens, dentre os quais 06 apresentaram percentual de conformidade inferior a 50%, sendo as menores médias relativas às recomendações para lavagem e higienização de roupas e da técnica de coleta de material para culturas.

Quando verificada a existência de recomendações para lavagem e higienização das roupas de serviços de saúde, o índice de conformidade foi o menor dentre todas as recomendações avaliadas no indicador PCDO, considerando que apenas 21,4% dos hospitais as apresentaram.

Tal situação é séria pelo fato de que vários artigos (canetas, termômetros, estetoscópios e outros) utilizados para o cuidado em saúde são contaminados, assim como as roupas, e, apesar da fragilidade dos estudos nessa área, já se comprovou a contaminação de aventais, uniformes e jalecos com bactérias resistentes isoladas em pacientes hospitalizados, o que reforça a necessidade de recomendações e ações da CCIH para interromper e minimizar o potencial patogênico exercido por estas vestimentas (MARGARIDO, et al., 2014; OLIVEIRA; SILVA; GARBACCIO, 2012).

A recomendação mais evidenciada nos hospitais refere-se à higienização das mãos, com 92,8% de conformidade, considerando que a prática deve ser regularmente incentivada como importante medida de prevenção e controle de IH, embora a literatura apresente baixos índices de adesão pelos profissionais durante os cuidados em saúde.

O termo higienização das mãos compreende três ações, sendo as técnicas de higienização simples (água e sabão) e antisséptica (sabonete antisséptico), além da fricção com preparações alcoólicas e, infelizmente, os estudos demonstram médias de adesão bem abaixo de 50%, fato que se opõe aos estudos que analisam o conhecimento prévio dos profissionais de saúde sobre essa medida (FREITAS; FERREIRA, 2016; SANTOS, et al., 2014).

Como medidas de incentivo à prática de higienização das mãos estão os treinamentos, cartazes ilustrativos e o reconhecimento das equipes, além de se manter constante supervisão e acompanhamento dessa técnica que deverá ocorrer

sempre antes e após contato com paciente (FREITAS; FERREIRA, 2016; SANTOS, et al., 2014; PEREZ-PEREZ, 2015).

A recomendação para higienizar as mãos, embora presente na maior parte dos hospitais participantes, deve ser enfatizada como parte fundamental das estratégias de segurança do paciente, assim como de proteção para os profissionais, uma vez que as mãos propiciam a transmissão cruzada de micro-organismos e essa prática, apesar de simples e efetiva, não está totalmente inserida nas rotinas de trabalho (FREITAS; FERREIRA, 2016; SANTOS, et al., 2014).

Ao se observar as práticas assistenciais, mais da metade das oportunidades para que aconteça a higienização das mãos é desperdiçada e com maior frequência nas situações que antecedem o cuidado. Isto demonstra que o profissional apresenta uma preocupação maior com si próprio do que com a execução de um cuidado seguro, colaborando para a visão de que a prática de higienização das mãos ainda consiste em um desafio para os serviços de saúde (SANTOS, et al., 2014; SOUZA, L. et al., 2015).

Quanto às recomendações de prevenção de infecções relacionadas aos tratos respiratório e urinário, de corrente sanguínea e sítio cirúrgico, a maioria dos hospitais estava inadequada e não as apresentou, resultando em aproximadamente 60% de inconformidade, uma vez que apenas quatro hospitais apresentaram os protocolos com medidas preventivas de infecção das quatro topografias listadas.

Esse resultado diverge da literatura que incentiva a adoção de recomendações de prevenção, já que vários *guidelines* são publicados com vistas à diminuição das taxas de infecção. As instituições de saúde são sempre estimuladas a aderir recomendações de consenso, oferecer educação e treinamentos adequados, além de supervisionar as equipes como estratégias de melhoria no processo de redução dos riscos (VANDIJCK, et al., 2013).

Já as recomendações relativas ao uso de profilaxia antimicrobiana para prevenção de infecção de sítio cirúrgico obtiveram média de conformidade de 84,6%, assim como as recomendações relativas às condutas em acidentes com material perfurocortante e biológico.

Ao se verificar a existência de um protocolo de uso de antibióticos profiláticos, felizmente, 11 hospitais o apresentaram fisicamente e comprovaram seu funcionamento, visto que estudo realizado em Portugal constatou que as IH se relacionam com o aumento da taxa de uso inadequado de antimicrobiano e pesquisa

realizada na Finlândia também evidenciou terapia inapropriada para 17% dos pacientes pediátricos, o que comprova a necessidade de protocolos seguros (CARDOSO et al., 2013; LAINE et al., 2015).

As orientações relativas às precauções e isolamentos foram evidenciadas na maior parte dos hospitais, assim como as rotinas para limpeza e desinfecção de superfícies, ambas com média de conformidade de 78,5%.

Dentre as atividades relevantes de um adequado PCIH, estão aquelas relativas à interrupção da disseminação de patógenos entre pacientes considerando os modos de transmissão de cada micro-organismo, em que, além do conhecimento teórico, os profissionais de saúde precisam adotar medidas comportamentais para garantia das práticas de precaução e isolamento (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2009).

Apesar de este estudo evidenciar uma média de conformidade de quase 80% nessa recomendação, é inevitável enfatizar a necessidade de divulgação dos protocolos de precauções e supervisão das ações, visto que estudo realizado em Minas Gerais evidenciou que apenas 36% dos profissionais de uma UTI apresentaram conhecimento satisfatório e 51%, comportamento adequado perante as medidas de prevenção e controle de IH (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2009).

Duarte et al. (2015) identificou que, dentre os erros mais comuns na assistência de enfermagem, está o uso inadequado de luvas e capotes no protocolo de precauções, assim como sua associação à falta de comunicação e normas e rotinas organizacionais.

Outro procedimento relevante no bloqueio da disseminação de patógenos é a limpeza hospitalar que além de remover sujidades orgânicas colabora positivamente na cadeia de transmissão de micro-organismos por preparar o ambiente e reduzir a contaminação de superfícies (PAINA et al., 2015).

Apesar de 11 hospitais apresentarem as rotinas formalizadas de limpeza e desinfecção de superfícies, estudos comprovam que existe uma lacuna entre teoria e prática nessa temática, uma vez que mesmo os protocolos estando atualizados e fundamentados, a rotina da equipe de higienização, em muitas instituições, carece de melhorias (PAINA et al., 2015).

Estudo realizado em Minas Gerais revelou que as colaboradoras da higienização necessitam de capacitação frequente por apresentarem pouco

conhecimento relativo ao impacto da limpeza e desinfecção de superfícies na prevenção de infecção hospitalar, o que colabora para a ocorrência de falhas nos procedimentos executados (PAINA et al., 2015).

É necessário que um bom PCIH contemple treinamentos periódicos da equipe de higienização como estratégia para melhorar tais rotinas que impactam favoravelmente na prevenção e controle de IH, considerando protocolos de limpeza e desinfecção validados e elaborados em conjunto com a CCIH (PAINA et al., 2015).

Já em relação à padronização de produtos antissépticos e germicidas, evidenciou-se que ela acontece formalmente em 71,4% dos hospitais participantes, mesmo sendo orientado na legislação como uma das ações do PCIH (BRASIL, 1998).

Ainda no quesito avaliação de diretrizes operacionais, o fato de apenas oito instituições apresentarem rotinas escritas para orientar rotinas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e artigos é preocupante, uma vez que desde março de 2012 existem orientações formais para adequação dessa área nos serviços de saúde.

A legislação orienta que os hospitais devem ter divulgado e acessível para consulta um procedimento operacional padrão, fundamentado em literatura científica e leis atuais, que descreva todas as rotinas de cada etapa imprescindível para o adequado processamento de artigos. Não obstante, é atribuição da CCIH supervisionar e acompanhar tais referenciais teóricos da instituição (BRASIL, 1998; 2012).

Apenas 66,6% dos hospitais apresentaram rotinas para descarte adequado dos resíduos de serviço de saúde, entretanto é normativo que todo produtor de resíduos contenha em sua instituição um plano de gerenciamento de resíduos com vistas a minimizar sua quantidade e garantia de encaminhamento seguro desse material, protegendo a população e o meio ambiente (BRASIL, 2004).

A terceira avaliação realizada por meio do instrumento PCVE, utilizado para avaliar o sistema de vigilância epidemiológica contemplado nos PCIH, foi o que apresentou melhor resultado diante de todas as avaliações realizadas. A média geral de conformidade foi de 81,59%, sendo que 10 hospitais apresentaram conformidade igual ou superior a 90%. Os demais hospitais apresentaram resultados inferiores a 60% e um deles apenas 22,22% de conformidade, fato bastante preocupante por demonstrar que o sistema de vigilância não está ativo na instituição.

Os estudos realizados em Ribeirão Preto e no estado do Paraná apresentaram resultados similares, com conformidade de 83,72% e 76%, respectivamente, enquanto no estado de São Paulo esse indicador também apresentou o melhor resultado de todas as avaliações, com 99,4% adequação nas práticas de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, o que não foi evidenciado em Aracajú cuja conformidade representa 57,0% (ALVES, 2015; LYRIO, 2012; MENEGUETI et al., 2015; SILVA; LACERDA, 2011).

A maior falha verificada nesse instrumento refere-se ao fato de os relatórios epidemiológicos não mencionarem as intervenções realizadas e/ou necessárias perante cada desfecho, em que somente cinco (35,7%) hospitais o fazem. De acordo com a Portaria MS/GM nº 2.616/98, além de todas as alterações detectadas na prática epidemiológica, é necessário descrever as estratégias adotadas para melhoria (BRASIL, 1998).

Importante enfatizar essa inconformidade, pois foi também a menor média obtida nesse instrumento para avaliar os PCIH de Ribeirão Preto (46,15%) e do Paraná (70,0%). O município de São Paulo apresentou melhor resultado (98,0%), no entanto, dentre os dez itens avaliados, este foi um dos poucos itens que não alcançou o êxito de 100% de adequação, fato que remete a melhorias na confecção desses relatórios (ALVES, 2015; MENEGUETI et al., 2015; SILVA, 2010).

Tais relatórios devem ainda favorecer a análise e informar mudanças encontradas no perfil epidemiológico de cada hospital, além de serem amplamente divulgados dentro da instituição, o que não acontece em todos os hospitais deste estudo, visto que a conformidade desses dois itens foi de 78,5%. A divulgação aos órgãos públicos concernentes foi mais bem observada e 85,7% dos hospitais a fazem rigorosamente.

Os indicadores epidemiológicos informados nesse tipo de relatório devem estar interpretados e analisados com vistas a promover variadas discussões e debates sobre o assunto na comunidade hospitalar (BRASIL, 1998).

Outra inconformidade dessa avaliação incluiu a necessidade de melhorar o controle de resultados microbiológicos, pois estes subsidiam o diagnóstico para IH, além de favorecer a detecção imediata de micro-organismos, e Campo Grande registrou apenas 78,5% de conformidade, mesmo sendo identificado que 100% da amostra dispõem de suporte de laboratório de microbiologia, seja ele próprio, seja terceirizado.

Alves (2015) afirma que esse controle está presente em 88,0% dos hospitais avaliados no Paraná e Meneguetti (2013), 83,3% em Ribeirão Preto. Novamente, resultado superior foi evidenciado apenas no município de São Paulo, com 98,0% de conformidade (SILVA, 2010).

Já em relação ao método e periodicidade da realização da vigilância epidemiológica das IH, assim como a adoção de critérios preestabelecidos para diagnóstico e produção dos respectivos relatórios, a conformidade foi superior perante os demais itens avaliados, com média de 92,8%.

A maioria dos hospitais tem realizado busca ativa diária dos casos de IH, principalmente nos setores de maior risco, tais como UTI e centro cirúrgico, e emitido relatórios com os níveis endêmicos, uma vez que todos os impressos e documentos foram demonstrados na visita, considerando que os métodos ativos de busca são preferidos na vigilância epidemiológica (BRASIL, 1998).

Meneguetti (2013) apresentou resultado semelhante nesses itens, exceto na adoção de critérios predeterminados para diagnóstico das infecções, em que apenas 61,54% da amostra de Ribeirão Preto a fazem. Já os hospitais do Paraná apresentaram resultados inferiores ao de Campo Grande e os de São Paulo, superiores (ALVES, 2015; SILVA, 2010).

Ao se analisar as ações de prevenção e controle de IH executadas no PCIH dos hospitais, por meio do instrumento PCCP, foi possível evidenciar uma conjuntura insatisfatória no município de Campo Grande, visto que a média de conformidade foi de apenas 63,44%, em que apenas um hospital apresentou ações em todos os setores questionados e aplicáveis à instituição (100%) e outros seis, média superior a 80%.

É preocupante quando se torna evidente que 03 hospitais apresentaram desempenho inferior a 30%, limitando suas atividades apenas às unidades de internação, centro cirúrgico e farmácia.

Este instrumento PCCP, de maneira geral, foi o que apresentou menores resultados em Aracajú (57,0%), Ribeirão Preto (56,8%), São Paulo (83,5%) e Paraná (63,2%) em comparação aos outros três instrumentos das pesquisas, reforçando a necessidade de intensificar as ações de prevenção e controle de IH (ALVES, 2015; LYRIO, 2012; MENEGUETTI et al., 2015; SILVA, 2010).

As unidades de internação, unidades de terapia intensiva e centro cirúrgico foram as únicas que obtiveram resultado superior a 80% nas atividades realizadas

pela CCIH e os laboratórios de análises clínicas foram os setores com menor atuação dessas comissões, com conformidade de apenas 28,5%, seguidos pelo laboratório de anatomia patológica e berçário, ambos com 40,0%.

As outras unidades e/ou serviços como pronto-socorro, ambulatório, farmácia e nutrição e dietética apresentaram variação de 50 a 70% de conformidade nesse quesito.

É de suma importância que as atividades da CCIH contemplem todos os setores na tentativa de favorecer a aplicação adequada de normas e rotinas com vistas à prevenção de IH (BRASIL, 1998).

Em São Paulo, os resultados da avaliação dessas ações foram melhores observados nas unidades de diálise e nos centros de material e esterilização, com conformidade de 95,5% e 96,0%, respectivamente, enquanto nos laboratórios de anatomia patológica houve apenas 64,0% de conformidade (SILVA, 2010).

Com resultados menores que os acima listados e próximos ao desta pesquisa, Paraná demonstrou conformidade de 80,0% nas ações realizadas nas unidades de internação e centro cirúrgico, apenas 10,0% no laboratório de anatomia patológica e 16,0% nas unidades de diálise (ALVES, 2015).

Já em Ribeirão Preto, assim como evidenciado em Campo Grande, as atividades da CCIH são melhores executadas nas unidades de internação e de terapia intensiva, com 100% de conformidade; em contrapartida, nos laboratórios tanto de análises clínicas quanto de anatomia patológica, não houve conformidade, carecendo com urgência da atuação dessa comissão para melhoria do PCIH (MENEQUETI et al., 2013).

Outro item avaliado nos hospitais foi a participação da CCIH nas decisões técnicas para especificação e compra de produtos e correlatos, sendo possível evidenciar que apenas 57,1% da amostra têm essa rotina formalmente implantada. Dois hospitais (14,2%) relataram a participação da comissão, porém não apresentaram comprovação com atas de reuniões, pareceres e outros.

Faz parte de um bom PCIH que a CCIH defina “em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição” (BRASIL, 1998).

Quando comparados os hospitais que dispõem de UTI com aqueles que não possuem, a avaliação foi positiva por evidenciar que em três dos quatro instrumentos aplicados o valor de p foi significativo, com resultados de conformidade

superiores no primeiro grupo, uma vez que a assistência de pacientes críticos requer cuidados seguros redobrados associados à tecnologia em favor da qualidade.

Este resultado evidencia que dentre as hipóteses desta pesquisa, houve sim variação significativa entre os grupos hospitalares assim como uma variação geral entre todos os instrumentos aplicados nos serviços de saúde.

Dentre todas as infecções hospitalares, é estimado que 20% destas acometem pacientes de UTI e colaboram para ao aumento da mortalidade durante período de internação, enfatizando a necessidade de associar às rotinas e procedimentos assistenciais os princípios de prevenção e controle das IH (FERNANDES et al., 2014).

8 CONCLUSÃO

Foi possível identificar a realidade do controle de infecção no município de Campo Grande - MS, pois a maioria dos hospitais (87,5%) participou desta pesquisa colaborando para obtenção dos resultados da avaliação de estrutura técnico-operacional, diretrizes e ações de prevenção e controle, além do sistema de vigilância epidemiológica de IH, o que demonstrou as principais carências dos PCIH.

Os hospitais participantes eram predominantemente de assistência geral, pequeno porte e de entidade mantenedora privada, sendo que em apenas um deles foi verificada a certificação de qualidade.

Todos eles possuíam CCIH e, em sua maioria, por um período superior a nove anos, cujas equipes eram compostas por funcionários próprios da instituição. Houve maior variação na estabilidade de enfermeiros na CCIH em relação aos médicos, o que favorece a não implantação e/ou continuidade de determinadas rotinas como evidenciado.

Dentre os quatro instrumentos aplicados para avaliação do PCIH desse município, apenas dois deles apresentaram resultado superior a 80% de conformidade, enquanto o esperado era 100% para que houvesse concordância com o estipulado pela legislação.

O instrumento PCET de avaliação da estrutura técnica-operacional identificou 80,5% de conformidade, requerendo adequações no espaço físico destinado à CCIH, assim como redimensionamento de recursos humanos com vistas à melhoria do cumprimento da carga horária mínima exigida.

O instrumento PCDO de avaliação das diretrizes operacionais de prevenção e controle de IH evidenciou a menor conformidade desta pesquisa, com apenas 60,7% de adequação. As principais inconformidades notificadas foram relativas à ausência de recomendações de prevenção para as infecções considerando suas topografias e aquelas relativas às orientações para higienização de roupas de serviços de saúde e coleta de material para culturas.

O melhor resultado (81,5%) foi identificado na avaliação do sistema de vigilância epidemiológica das infecções, por meio do instrumento PCVE, em que se observou o monitoramento da incidência das IH em 92,8% dos hospitais participantes e as poucas inconformidades são referentes à confecção de relatórios

que correlacionam resultados com intervenções (35,7%), bem como o monitoramento periódico de resultados microbiológicos (78,5%).

Já relacionado ao instrumento PCCP, de avaliação das ações relativas ao controle de infecção, foi possível identificar que a CCIH atua mais enfaticamente nas unidades de tratamento em relação às unidades de apoio, diante da evidência de poucas ações em setores como farmácia, laboratório, nutrição e dietética e outros.

Em síntese, apesar da constituição da CCIH nos hospitais e estruturação mínima necessária, foi constatada a necessidade de adequações nos PCIH do município de Campo Grande para uma assistência mais segura, principalmente relacionada às diretrizes e ações dessas comissões, visto que são imprescindíveis para a qualidade do cuidado em saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados desta pesquisa, é necessário sugerir aos hospitais e suas respectivas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar a adoção de estratégias de avaliação da efetividade de seus PCIH e o seu impacto na qualidade da assistência, visto que tais programas são fundamentais para a segurança do paciente e carecem de melhorias para o aprimoramento da prática assistencial.

Importante enfatizar o benefício científico e social deste trabalho para esta capital por comparar seus resultados com demais pesquisas realizadas em âmbito nacional, sendo possível sugerir, inclusive, a adoção destes indicadores para outros municípios do estado de MS.

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA, 2013a. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2015

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Critérios diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: ANVISA, 2013b. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro2-CriteriosDiagnosticosIRASaude.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

ALVES, D. C. I. **Programas de prevenção e controle de infecções relacionadas com assistência à saúde**: diagnóstico de situação de hospitais do estado do Paraná. 2015. 226 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de São Paulo, São Paulo, 2015.

BELELA-ANACLETO, A. S. C. et al. Higienização das mãos e a segurança do paciente: perspectiva de docentes e universitários. **Texto & contexto enferm.**, v. 22, n. 4, p. 901-908, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/05.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 mar. 2012. Seção 1, p. 43. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 dez. 2004. Seção 1, p. 49. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jan. 1997. Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9431.htm>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Expede, na forma dos anexos I, II, III, IV, V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares tais como: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, sífilis, aids. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 maio 1998. Seção 1, p. 133. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html>. Acesso em: 10 ago. 2015.

CARDOSO, T. et al. The impact of healthcare-associated infection on mortality: failure in clinical recognition is related with inadequate antibiotic therapy. **PlosOne**, v. 8, n. 3, mar. 2013. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0141555>>. Acesso em: 05 fev. 2016.

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. **Manual de indicadores de enfermagem NAGEH**. 2. ed. São Paulo: APM/CREMESP, 2012.

DICK, A. W. et al. A decade of investment in infection prevention: a cost-effectiveness analysis. **Am J Infect Control.**, v. 43, n. 1, p. 4-9, jan. 2015. Disponível em: <[http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(14\)00966-3/pdf](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(14)00966-3/pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

DONABEDIAN, A. Quality assurance in our health care system. **Am J Med Qual.**, v.1, n.1, p. 6-12, feb. 1986.

DUARTE, S. C. M. et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 23, n. 6, p. 1074-1081, nov./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

DUTRA, G. G. et al. Controle da infecção hospitalar: função do enfermeiro. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v.7, n.1, p. 2159-2168, jan./mar. 2015.

FERNANDES, A. C. L. et al. Systematization of nursing in preventing infections in intensive care unit. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v.6, n.4, p. 1580-1589, out./nov. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2906/pdf_1006>. Acesso em: 12 jul. 2016.

FREITAS, T. S. C.; FERREIRA, S. C. M. Higienização das mãos em unidades de terapia intensiva: monitoramento do consumo de álcool gel. **Nursing**, v. 17, n. 220, p. 1196-1200, mar. 2016.

FRÖHLICH, S. E.; MENGUE, S. S. Os indicadores de qualidade da prescrição de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde ainda são válidos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2289-2296, abr. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a28.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

GABRIEL, C. S. et al. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 19, n. 5, set./out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_24.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2016.

GUIMARÃES, A. C. et al. Óbitos associados à infecção hospitalar, ocorridos em um hospital geral de Sumaré-SP, Brasil. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 5, p. 864-869, set./out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a10v64n5.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

KLEIN; C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 10, p. 193-197.

LAINE, N. et al. Evaluation of antimicrobial therapy of blood culture positive healthcare-associated infections in children. **PlosOne**, v. 10, n. 11, nov. 2015. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0141555>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

LYRIO L. N. S. **As ações para o controle das infecções hospitalares em Aracaju: resultados de um inquérito da Vigilância Sanitária Municipal**. 2012. 45 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16227/1/DISS%20MP%20LUCAS%20LYRIO.%202012.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

MARGARIDO, C. A. et al. Contaminação microbiana de punhos de jalecos durante a assistência à saúde. **Rev. bras. enferm.**, v. 67, n. 1, p. 127-132, jan./fev. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0127.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

MENEGUETI, M. G. **Avaliação dos programas de controle de infecção hospitalar em serviços de saúde do município de Ribeirão Preto**. 2013. 105 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

MENEGUETI, M. G. et al. Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar em serviços de saúde. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 23, n. 1, p. 98-105, jan./fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00098.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.

OLIVEIRA, A. C.; CARDOSO, C. S.; MASCARENHAS, D. Conhecimento e comportamento dos profissionais de um centro de terapia intensiva em relação à adoção das precauções de contato. **Rev. latinoam. enferm.**, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_05.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2016.

OLIVEIRA, A. C.; LUCAS, T. C. Adoption of measures of the precaution in the teaching care practice by health care workers team: perceptions and limitations. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 7, n. 3, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1552/437>>. Acesso em: 8 abr. 2015.

OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. **REME rev. min. enferm.**, v.17, n.1, p. 216-220, jan./mar. 2013.

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. D. M.; GARBACCIO, J. L. Vestuário de profissionais de saúde como potenciais reservatórios de microrganismos: uma revisão integrativa.

Texto & contexto enferm., v. 21, n. 3, p. 684-691, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a25>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

OLIVEIRA, F. J. G. et al. O uso de indicadores clínicos na avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea. **Texto & contexto enferm.**, v. 24, n. 4, p. 1018-1026, out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01018.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

PADOVEZE, M. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev. saúde pública**, v. 48, n. 6, p. 995-1001, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0995.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

PAINA, T. A. et al. Conhecimento de auxiliares de higienização sobre limpeza e desinfecção relacionados à infecção hospitalar. **Rev. Enferm. UMSM**, v. 5, n. 1, p. 121-130, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12132/pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PEREZ-PEREZ, P. et al. Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 149-170, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00149.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

PUCCINI, P. T. Perspectivas do controle da infecção hospitalar e as novas forças sociais em defesa da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3043-3049, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/04.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2016.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2016.

RICHTMANN, R. Definição, vigilância epidemiológica e classificação das infecções relacionadas à assistência à saúde por topografia. In: RODRIGUES, E. A. C.; RICHTMANN, R. **IRAS: infecção relacionada à assistência à saúde: orientações práticas**. São Paulo: Sarvier, 2008. cap. 1, p. 3-10.

RODRIGUES, E. A. C.; RICHTMANN, R. **IRAS: infecção relacionada à assistência à saúde: orientações práticas**. São Paulo: Sarvier, 2008.

SANTOS, M. C.; RENNÓ, C. S. N. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Rev. Adm. Saúde**, v. 15, n. 58, p. 27-36, jan./mar. 2013.

SANTOS, T. C. R. et al. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 35, n. 1, p. 70-77, mar 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/40930/28935>>. Acesso em: 16 fev. 2016.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Controle e Prevenção de Infecção Respiratória. **Manual de indicadores de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/i/pdf/IH_MANUALFAPESP06.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2015.

SCOTT, I; MAZHINDU, D. Non-parametric tests. In: _____. **Statistics for health professionals**. London: SAGE publications, 2014. cap. 15, p. 152-164.

SILVA, C. P. R. **Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar**: construção e validação. 2005. 165 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVA, C. P. R. **Proposta de avaliação de programas de controle de infecção hospitalar**: validação das propriedades de medida e diagnóstico parcial de conformidade em serviços de saúde do município de São Paulo. 2010. 163 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SILVA, C. P. R.; LACERDA, R. A. Validação de proposta de avaliação de programas de controle de infecção hospitalar. **Rev. saúde pública**, v. 45, n.1, p.121-128, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1955.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2015.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOUZA, E. S. et al. Mortalidade e riscos associados à infecção relacionada à assistência à saúde. **Texto & contexto enferm.**, v. 24, n. 1, p. 220-228, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00220.pdf>. Acesso em: 2 set. 2015.

SOUZA, L. M. et al. O. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 36, n. 4, p. 21-28, dez. 2015. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/49090/35654>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

VANDIJCK, D. et al. Infection prevention and control strategies in the era of limited resources and quality improvement: a perspective paper. **AustCritCare**, v. 26, n. 4, p. 154-157, nov. 2013. Disponível em:

<[http://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(13\)00160-4/pdf](http://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(13)00160-4/pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO.**10 facts on patient safety**. Genebra: WHO, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/>. Acesso em: 27 dez. 2015.

APÊNDICE A – Carta aos hospitais



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Prezado(a) Diretor(a),

Na condição de mestrandia do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, venho convidar o hospital, instituição ao qual o senhor(a) é responsável, a participar da pesquisa Avaliação dos programas de controle de infecção hospitalar (PCIH) de Campo Grande-MS.

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar dos serviços de saúde do município de Campo Grande – MS como facilitador da qualidade assistencial, por meio do uso de indicadores de conformidade.

Para a coleta de dados será utilizada a técnica de entrevista estruturada, pela própria pesquisadora, e prévio agendamento junto ao responsável pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Todas as instituições participantes serão identificadas por meio de letras (ex: A, B, C, etc), como forma de garantir sigilo em relação à identificação dos serviços.

Os dados serão confidenciais e utilizados apenas para fins desta pesquisa e/ou encaminhados para publicação em periódicos especializados na forma de artigos científicos e divulgados em eventos da área, sempre preservando o anonimato da instituição.

Ao término da pesquisa, a pesquisadora se compromete a enviar um relatório final com os principais resultados obtidos. Cada instituição terá acesso aos seus resultados por meio da letra que recebeu como identificação.

Fica ciente também, que poderá a qualquer tempo retirar o consentimento sem risco de qualquer constrangimento ou penalidade.

Após análise do exposto, solicito que assine o termo abaixo em duas vias. Uma ficará com o Sr.(a) e a outra com o pesquisador responsável para posterior encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Agradecemos antecipadamente vossa atenção e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários por meio dos telefones (67) 9917-9942 / 3314-3068 ou e-mail lyrio_barbosa@yahoo.com.br

.....
Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira
(Orientador)

.....
Alessandra Lyrio Barbosa Giroti
(Mestranda/Pesquisadora)

Eu, [] **Autorizo** a coleta de dados
[] **Não Autorizo** a coleta de dados

.....
Assinatura e carimbo
Campo Grande, de de 2015.

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) de Campo Grande-MS”, que faz parte do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, e este documento visa assegurar seus direitos e deveres como participante.

Por favor, leia com atenção, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. A finalidade desta pesquisa é avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar dos serviços de saúde como facilitador da qualidade assistencial, no município de Campo Grande – MS, visto que a presente pesquisa é oportuna para conhecimento da estruturação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar dos serviços de saúde e seus resultados servirão para subsidiar ações com foco na segurança do paciente durante assistência.

Todas as unidades hospitalares serão convidadas a participar, excluindo aquelas de cuidados ambulatoriais, psiquiátricos e de medicina do trabalho devido diferenças relevantes em suas rotinas.

Atendendo à Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa não oferece riscos para as unidades hospitalares estudadas, estando garantido o sigilo e privacidade da instituição e entrevistados, sem exposição do nome e imagem da organização de saúde ou da pessoa responsável pelas informações referentes ao Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisa.

A participação da instituição a qual você representa é muito importante. Os dados serão coletados por meio de entrevista estruturada, com a utilização de cinco formulários que abordam indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do PCIH (PCET), diretrizes operacionais de prevenção e controle de IH (PCDO), sistema de vigilância epidemiológica de IH (PCVE), atividades de controle e prevenção de IH (PCCP), além do formulário que contempla informações para caracterização dos serviços de saúde segundo porte, tipo de atendimento, e outros.

A data para coleta dos dados será previamente agendada e o tempo total de coleta é de aproximadamente 2 horas. O preenchimento do formulário será realizado pela própria pesquisadora.

Entre os benefícios esperados com os resultados desta pesquisa, tem-se a possibilidade de conhecer o PCIH dos serviços de saúde e fornecer subsídio para a implementação de ações com foco na segurança do paciente durante assistência bem como subsídios de conformidade, segundo a legislação, para os gestores e responsáveis pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar das instituições participantes.

As organizações estudadas e os responsáveis pelo fornecimento das informações terão livre acesso ao acompanhamento de seus resultados, e caso queiram, poderão retirar sua autorização a qualquer momento, não havendo nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Não haverá despesas por parte dos participantes.

Assinatura voluntário:

Assinatura pesquisadora:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Alessandra Lyrio Barbosa Giroti, por meio dos telefones (67) 9917-9942/3314-3068 ou e-mail lyrio_barbosa@yahoo.com.br. Caso necessite, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP) pelo telefone (067) 33457187, Cidade Universitária, s/n - Universitário, Campo Grande - MS, 79070-900.

Caso você concorde em participar deste estudo, peço-lhe a gentileza de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, rubricando as demais páginas. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável.

Coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que julgar necessário.

.....
Alessandra Lyrio Barbosa Giroti
(Mestranda/Pesquisadora)

Autorização

Eu,....., mediante os esclarecimentos acima apresentados, prévia autorização do Diretor do hospital, e uma vez assegurado o respeito às questões éticas, autorizo a participação nesta pesquisa e a divulgação dos resultados em publicações e eventos científicos.

.....
Assinatura e carimbo

Campo Grande, de de 2015.

ANEXO A - Indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do PCIH (PCET)

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

Fontes de informação: normas institucionais, atas de instituição do PCIH e de reuniões periódicas, relatórios e ou qualquer outro registro formal utilizado no serviço de saúde. A evidência de que o PCIH encontra-se atuante e de que há continuidade e regularidade de determinadas atividades deve ser obtida pela averiguação da existência dessa documentação durante, no mínimo, o período de um ano ou pelo tempo de implantação, se menor que esse período.

É importante que os documentos e as entrevistas evidenciem a participação da alta administração/direção (gerências, diretorias, superintendências, etc.), além dos outros profissionais que são apontados como membros da CCIH.

Critérios para a avaliação: 1) Atende (A)- 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 (evidências); 2) Não Atende (NA) - as fontes documentais exigidas não estão presentes.

Código	Componentes	Fundamentação	Relevância	AT	NA
PCETMS	A CCIH é representada, no mínimo, por membros do serviço médico, enfermagem e administração.	C	4		
PCETRG	Há um regimento que determina o funcionamento	C	4		

	da CCIH e/ou 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 (consoante ou não)	C	4		
PCETDE	O enfermeiro atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 6h/dia	C	4		
PCETDO	Há outro profissional, com nível superior, que atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 4h/dia	C	4		
PCETRP	A CCIH realiza reuniões periódicas com participação dos membros executivos e lideranças	C	3		
PCETMP	Há suporte de laboratório de microbiologia e patologia, próprio ou terceirizado	C	4		
PCETEF	Há espaço físico delimitado e exclusivo para as atividades diárias, arquivos, etc. da CCIH ou do SCIH	C	4		
PCETRI	Há disponibilização de recursos informatizados para as atividades desenvolvidas pela CCIH ou SCIH	C	4		
PCETRE	A administração disponibiliza dados estatísticos (nº de admissões, altas, óbitos, pacientes-dia, etc.) para a realização de relatórios da CCIH ou SCIH	C	4		
TOTAL					

Obs.:

Cálculo do indicador:

ANEXO B - Diretrizes operacionais de prevenção e controle de IH (PCDO)

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

Fontes de informação: documental (ideal), principalmente pela apresentação das diretrizes específicas de controle e prevenção de IH para um dado serviço, elaboradas exclusivamente ou incluídas em manuais gerais da instituição. Atas de reuniões, relatórios e/ou outros registros formais também podem constituir fonte de informação, desde que relacionem dados mínimos destas diretrizes.

Em razão de características e especificidade, nem todas as instituições de saúde necessitam apresentar todos os componentes de avaliação estabelecidos nesta função, quando não possuírem serviços ou não realizarem procedimentos de assistência a eles relacionados. Nesses casos, elas deverão ser consideradas como Inaplicáveis (IN).

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

Código	Componentes	Fundamentação	Relevância	AT	NA	IN
PCDOPB	Há recomendação para avaliação e encaminhamento de acidentes com perfurocortantes e outras exposições a material biológico	C	4			
PCDORS	Há recomendações para descarte de resíduos de serviço de saúde (RSS)	C	4			
PCDOIR	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções respiratórias	C	4			
PCDOIU	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções urinárias	C	4			
PCDOCS	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções de corrente sanguínea	C	4			
PCDOSC	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções de sítio cirúrgico	C	4			
PCDOPI	Há recomendação para isolamentos de pacientes com doenças infecto-contagiosas ou imunodeprimidos	C	4			
PCDOAB	Há recomendação para o uso de antibióticos profiláticos para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico	C	4			
PCDOGA	Há padronização de germicidas e antissépticos	C	4			
PCDOME	Há recomendação de técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos	C	4			
PCDOLM	Há recomendação de técnica de higienização de mãos	C	4			
PCDOLS	Há recomendação da rotina de limpeza e desinfecção de superfícies	C	4			
PCDOLV	Há recomendação para lavagem e higienização de	C	4			

	roupas utilizadas na instituição					
PCDOMC	Há recomendação da técnica para coleta de material para realização de culturas	C	4			
PCDOCU	Há recomendação das técnicas de curativos e periodicidade de trocas dos mesmos	C	4			
TOTAL						

Obs.:

Cálculo do indicador:

ANEXO C - Sistema de vigilância epidemiológica de IH (PCVE)

Descrição: o indicador avalia se o SCIH possui e executa um sistema de vigilância epidemiológica de IH, por meio de atividades que incluem busca e notificação de casos em pacientes internados, com utilização de metodologias específicas, elaboração de indicadores epidemiológicos de IH e de relatórios, realização de assessoria, consultoria, entre outras atividades que sejam essenciais para o trabalho em controle de IH.

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

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 é o acompanhamento consentido dos profissionais executores nas visitas às unidades de internação. Considerar: 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 (evidências); Não Atende (NA) - as fontes documentais exigidas não estão presentes e/ou não há evidências para atender o componente sob avaliação (entrevistas com profissionais envolvidos, acompanhamento de atividades, etc.).

Código	Componentes	Fundamentação	Relevância	AT	NA
PCVEIH	Realiza vigilância epidemiológica (global ou por componente) com periodicidade determinada	A e C	4		
PCVEBA	Realiza vigilância epidemiológica de IH por meio de busca ativa de casos	A e C	4		
PCVEUR	Realiza busca ativa de casos de IH nas unidades de maior risco (UTI, berçário, queimados, etc)	A e C	4		
PCVEMI	Monitora, com periodicidade e registros regulares, resultados microbiológicos de culturas que identificam cepas ou espécies de microrganismos, inclusive resistentes	A e C	4		
PCVECD	Há critérios pré-determinados para diagnóstico de IH	A e C	4		
PCVERE	Produz relatório periódico dos resultados da vigilância epidemiológica (níveis endêmicos)	A e C	4		
PCVEAL	Os relatórios analisam e informam alterações do perfil epidemiológico (descritivos e/ou gráficos)	A e C	4		
PCVECP	Os relatórios correlacionam resultados com estratégias de controle e prevenção adotadas (intervenção)	A e C	4		
PCVESS	Os relatórios são regularmente disponibilizados aos diversos setores e lideranças da instituição	A e C	4		
PCVEOP	Os relatórios são regularmente disponibilizados para os órgãos públicos concernentes (gestores)	A e C	4		
TOTAL					

Obs.:

Cálculo do indicador:

ANEXO D - Atividades de controle e prevenção de IH (PCCP)

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

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

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

Código	Componentes	Fundamentação	Relevância	AT	NA	INA
PCCPDI	Unidade de diálise (I – D – C – O)	C	4			
PCCPBS	Banco de sangue (I – D – C – O)	C	4			
PCCPAC	Laboratório de análises clínicas (I – D – C – O)	C	4			
PCCPAP	Laboratório de anatomia patológica (I – D – C – O)	C	4			
PCCPUI	Unidades de internação (I – D – C – O)	C	4			
PCCPUT	Unidades de terapia intensiva (adulto, infantil e neo) (I – D – C – O)	C	4			
PCCPBE	Berçário (I – D – C – O)	C	4			
PCCPCM	Central de Material e Esterilização (I – D – C – O)	C	4			
PCCPCC	Centro cirúrgico (I – D – C – O)	C	4			
PCCPPS	Pronto Socorro (I – D – C – O)	C	4			
PCCPAM	Ambulatório (I – D – C – O)	C	3			
PCCPSF	Serviço de Farmácia (I – D – C – O)	C	3			
PCCPSN	Serviço de Nutrição e Dietética (I – D – C – O)	C	4			
PCCPDT	Participa nas decisões técnicas para especificação e aquisição de produtos e correlatos	C	4			
TOTAL						

*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?

Obs.:

Cálculo do indicador:

ANEXO E – Caracterização do serviço de saúde

Identificação (código) do serviço de saúde:
1. Tipo de Assistência: () Geral () Pediátrica () Especializada
2. Possui certificação de qualidade em saúde? () não () sim, qual? _____
3. Porte: () pequeno (até 70 leitos) () médio (71 a 200 leitos) () grande (201 a 400 leitos) () extra (acima de 400 leitos)
4. Entidade Mantenedora: () pública () privada () mista () outras
5. Possui Comissão de Controle de Infecção Hospitalar? () Sim () Não Quanto tempo? _____
6. Possui Serviço de Controle de Infecção Hospitalar? () Sim () Não Quanto tempo? _____
7. Vínculo dos profissionais: CCIRAS: () funcionários () terceirizados SCIRAS: () funcionários () terceirizados
8. Há quanto tempo os profissionais da CCIH estão na empresa? a) Médicos: _____ b) Enfermeiros: _____ c) Outros profissionais: _____ d) Outros profissionais: _____ e) Outros profissionais: _____ f) Outros profissionais: _____
9. Unidades do hospital: () unidade de terapia intensiva adulta – quantos leitos: _____ () unidade de terapia intensiva pediátrica – quantos leitos: _____ () unidade de terapia intensiva neonatal – quantos leitos: _____