



Programas de Controle de Infecção Hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo

Hospital Infection Control Programs: assessment of process and structure indicators

Programas de Control de Infección Hospitalaria: evaluación de indicadores de estructura y proceso

Alessandra Lyrio Barbosa Giroti¹, Adriano Menis Ferreira², Marcelo Alessandro Rigotti², Álvaro Francisco Lopes de Sousa³, Oleci Pereira Frota⁴, Denise de Andrade³

Como citar este artigo:

Giroti ALB, Ferreira AM, Rigotti MA, Sousa AFL, Frota OP, Andrade D. Hospital infection control programs: assessment of process and structure indicators. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03364. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017039903364>

¹ Secretaria Municipal de Saúde Pública, Campo Grande, MS, Brasil.

² Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Três Lagoas, MS, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To assess hospital infection control committees in relation to structure and process indicators of hospital infection control programs. **Method:** Descriptive, cross-sectional study conducted with hospital committees registered in the National Registry of Healthcare Facilities. Primary and secondary data collection was conducted through structured interview using validated instruments and verification of documents, respectively. **Results:** Fourteen committees participated in the research. Mean values of conformity of 80.58% were evidenced for the technical-operational structure assessment indicator, 60.77% for the infection control and prevention operational guidelines indicator, 81.59% for the epidemiological surveillance system assessment indicator, and 63.44% for hospital infection control and prevention activities assessment indicator. **Conclusion:** Among the four instruments applied to assess hospital infection control programs, only two presented results with more than 80.0% of conformity: those related to the epidemiological surveillance and technical-operational structure assessments.

DESCRIPTORS

Cross Infection; Infection Control; Patient Safety; Quality of Health Care; Health Services Research.

Autor correspondente:

Álvaro Francisco Lopes de Sousa
Avenida dos Bandeirantes, 3900
Campus Universitário – Bairro Monte Alegre
CEP 14040-902 – Ribeirão Preto, SP, Brasil
alvarosousa@usp.br

Recebido: 03/10/2017
Aprovado: 27/03/2018

INTRODUÇÃO

A Infecção Hospitalar (IH) é um importante problema de saúde que afeta cerca de 1,5 milhão de pessoas anualmente em todo o mundo. Em termos de incidência, estima-se que, a cada 100 pacientes hospitalizados em países em desenvolvimento, 10 serão acometidos por IH, ocasionando problemas éticos, jurídicos e sociais, além de prolongamento do tempo de internação, aumento de custos relacionados à internação e em casos mais graves acarretando óbitos⁽¹⁻²⁾.

Considerando o impacto das IH, é imprescindível que os hospitais constituam Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), conforme orienta a legislação brasileira, baseando-se na Portaria n.º 2.616/98, que visa à implantação e execução de Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) para reduzir os índices de infecção a um nível aceitável, tornando-se alicerce para um atendimento de excelência e de comprometimento com a segurança do paciente⁽³⁻⁴⁾.

Não obstante a existência de legislação nacional, o atual sistema de avaliação não favorece a mensuração, a interpretação e a qualificação da sua avaliação. Para que a qualidade das práticas assistenciais possa ser mensurada, necessita-se de indicadores de avaliação como ferramenta para o contínuo aprimoramento e construção de melhorias⁽⁵⁻⁶⁾.

Desse modo, diante da complexidade e gravidade das IH, e baseando-se no desconhecimento sobre a estruturação dos serviços de saúde do município estudado em relação às práticas de prevenção e controle das infecções hospitalares conforme o amparo legal, este estudo objetivou avaliar as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar quanto aos indicadores de estrutura e processo dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado nas CCIH dos serviços de saúde do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, recrutados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), categorizados em: hospitais públicos, privados ou filantrópicos, gerais ou especializados, com leitos de internação. Identificaram-se 16 CCIH, mas a amostra foi composta de 14 serviços devido à recusa de duas instituições em participar.

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2015 a janeiro de 2016, por meio de entrevista estruturada aos membros das CCIH de cada serviço participante, aliada à análise dos documentos referentes ao PCIH apresentados na visita à instituição, depois do contato e autorização formal do diretor.

Como instrumentos para coleta de dados, foram utilizados indicadores construídos e validados⁽⁷⁾, os quais 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) e atividades de controle e prevenção de IH (PCCP).

Esses instrumentos apresentam uma classificação própria para a fundamentação teórico-científica e uma pontuação de relevância para cada item de avaliação, obtida por consenso dos especialistas durante validação, para cálculo de conformidade. Além do cálculo de conformidade total e não conformidade, foi considerada a 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⁽⁷⁻⁹⁾.

Para a 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, foram utilizados instrumentos previamente formulados⁽⁷⁻⁹⁾, cujas questões foram organizadas para melhor atendimento aos objetivos desta pesquisa.

Os dados coletados foram organizados em planilhas no Microsoft Office Excel 2007, para cálculo das médias e desvio-padrão, e os resultados apresentados na forma de estatística descritiva ou tabelas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o Parecer n.º 1.327.464/2015 (CAAE - 49127215.0.0000.0021), de acordo com a Resolução 466/12.

RESULTADOS

Entre os 14 hospitais que participaram da pesquisa, 57,14% eram gerais, 64,28% de pequeno porte e 50,00% de entidade mantenedora privada. Apenas uma instituição (7,14%) apresentou certificação de qualidade em saúde, concedida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), nível I. Em relação à disponibilidade de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), houve predomínio de unidades adultas (57,10%), bem como de instituições que não contavam com UTI (35,70%).

Todos os hospitais tinham CCIH constituída (100%), em 64,20% deles por um período superior a 9 anos. Tais CCIH eram compostas de funcionários do próprio hospital, os terceirizados realizavam apenas alguns Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), os quais também contavam com o apoio de estagiários de enfermagem. Os médicos atuavam, em média, havia 6 anos na maioria das CCIH, e os enfermeiros, 3 anos.

Ao se aplicarem os instrumentos para a avaliação dos processos referentes ao PCIH dos hospitais, os melhores resultados foram evidenciados nos indicadores referentes à estrutura técnico-operacional (PCET) e ao sistema de vigilância epidemiológica de IH (PCVE), com médias de conformidade de 80,58% e 81,59%, respectivamente.

Os indicadores referentes às diretrizes operacionais (PCDO) e às ações de prevenção e controle de infecção (PCCP) apresentaram, de maneira geral, resultados abaixo do esperado, com respectivas médias de conformidade de 60,77% e 63,44%, distantes da média recomendada (100,0%).

Identificou-se ainda que não há uniformidade nas rotinas implantadas nos hospitais, pois em cada indicador houve variações significativas entre os itens avaliados, alguns deles com resultados excelentes, e outros, aquém do ideal.

Ao considerar a conformidade de cada item do instrumento que avaliou a estrutura técnico-operacional do PCIH, identificou-se que as maiores inadequações referiram-se à 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 vigente (Tabela 1).

Tabela 1 – 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, Brasil, 2016.

Indicador PCET*	Conformidade		Não Conformidade		Conformidade parcial	
	n	%	n	%	n	%
A CCIH é representada, no mínimo, por membros do serviço médico, enfermagem e administração.	14	100,0	-	-	-	-
Há um regimento que determina o funcionamento da CCIH e/ou SCIH.	12	85,7	-	-	2	14,2
Há dois profissionais de saúde, com nível superior, que executam ações exclusivas de prevenção e controle de IH, para cada 200 leitos, sendo um deles o enfermeiro (consorciado ou não).	8	57,1	6	42,8	-	-
O enfermeiro atua com dedicação exclusiva no serviço, por pelo menos 6h/dia.	10	71,4	4	28,5	-	-
Há outro profissional, com nível superior, que atua com dedicação exclusiva no serviço, por pelo menos 4h/dia.	8	57,1	6	42,8	-	-
A CCIH realiza reuniões periódicas com participação dos membros executivos e lideranças.	12	85,7	2	14,2	-	-
Há suporte de laboratório de microbiologia e patologia, próprio ou terceirizado.	14	100,0	-	-	-	-
Há espaço físico delimitado e exclusivo para as atividades diárias, arquivos etc. da CCIH ou do SCIH.	9	64,2	5	35,7	-	-
Há disponibilização de recursos informatizados para as atividades desenvolvidas pela CCIH ou SCIH.	14	100,0	-	-	-	-
A administração disponibiliza dados estatísticos (n.º de admissões, altas, óbitos, pacientes-dia etc.) para a realização de relatórios da CCIH ou SCIH.	12	85,7	2	14,2	-	-
Média		80,7		17,8		1,4
Desvio-padrão		17,1		18,2		4,5

*Fonte: Meneguetti, Canini, Bellissimo-Rodrigues, Laus⁽⁹⁾.

Na avaliação das diretrizes operacionais de prevenção e controle de infecção, considerando apenas as recomendações formais (manuais, guias, normas, resoluções e outros), e não como estavam implantadas as rotinas, o

instrumento aplicado evidenciou conformidade insatisfatória, visto que uma média de 60,77% dos itens avaliados nesse quesito encontravam-se disponíveis nas comissões (Tabela 2).

Tabela 2 – 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, Brasil, 2016.

Indicador PCDO	Conformidade		Não conformidade		Conformidade parcial	
	n*	%	n	%	n	%
Há recomendação para avaliação e encaminhamento de acidentes com perfurocortantes e outras exposições a material biológico.	11	84,6	1	7,69	1	7,69
Há recomendações para descarte de resíduos de serviço de saúde (RSS).	8	66,6	3	25,0	1	8,3
Há recomendações para o controle e prevenção de infecções respiratórias.	6	42,8	8	57,1	-	-
Há recomendações para o controle e prevenção de infecções urinárias.	5	35,7	8	57,1	1	7,14
Há recomendações para o controle e prevenção de infecções de corrente sanguínea.	5	35,7	9	64,2	-	-
Há recomendações para o controle e prevenção de infecções de sítio cirúrgico.	6	46,1	7	53,8	-	-
Há recomendação para isolamentos de pacientes com doenças infectocontagiosas ou imunodeprimidos.	11	78,5	3	21,4	-	-
Há recomendação para o uso de antibióticos profiláticos para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico.	11	84,6	2	15,3	-	-
Há padronização de germicidas e antissépticos.	10	71,4	4	28,5	-	-
Há recomendação de técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos.	8	57,1	6	42,8	-	-
Há recomendação de técnica de higienização de mãos.	13	92,8	1	7,1	-	-
Há recomendação da rotina de limpeza e desinfecção de superfícies.	11	78,5	2	14,2	1	7,1
Há recomendação para lavagem e higienização de roupas utilizadas na instituição.	3	21,4	10	71,4	1	7,1
Há recomendação da técnica para coleta de material para realização de culturas.	4	28,5	8	57,1	2	14,2
Há recomendação das técnicas de curativos e periodicidade de trocas destes.	9	81,8	2	18,1	-	-
Há recomendações para o controle e prevenção de infecções respiratórias.	6	42,8	8	57,1	-	-
Há recomendações para o controle e prevenção de infecções urinárias.	5	35,7	8	57,1	1	7,14
Média		60,4		36,1		3,4
Desvio-padrão		23,5		22,3		4,6

*O n apresentou variação entre os itens avaliados, pois alguns deles não eram aplicáveis a todos os hospitais participantes.

No que se refere ao sistema de vigilância epidemiológica adotado pelas CCIH, o resultado encontrado foi o melhor entre todos os instrumentos aplicados. Isso significa 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 3).

Tabela 3 – 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, Brasil, 2016.

Indicador PCVE	Conformidade		Não conformidade		Conformidade parcial	
	n*	%	n	%	n	%
Realiza vigilância epidemiológica (global ou por componente) com periodicidade determinada.	13	92,8	1	7,1	-	-
Realiza vigilância epidemiológica de IH por meio de busca ativa de casos.	13	92,8	1	7,1	-	-
Realiza busca ativa de casos de IH nas unidades de maior risco (UTI, berçário, queimados etc.).	12	92,3	-	-	1	7,6
Monitora, com periodicidade e registros regulares, resultados microbiológicos de culturas que identificam cepas ou espécies de microrganismos, inclusive resistentes.	11	78,5	3	21,4	-	-
Há critérios predeterminados para diagnóstico de IH.	13	92,8	1	7,1	-	-
Produz relatório periódico dos resultados da vigilância epidemiológica (níveis endêmicos).	13	92,8	1	7,1	-	-
Os relatórios analisam e informam alterações do perfil epidemiológico (descritivos e/ou gráficos).	11	78,5	3	21,4	-	-
Os relatórios correlacionam resultados com estratégias de controle e prevenção adotadas (intervenção).	5	35,7	9	64,2	-	-
Os relatórios são regularmente disponibilizados aos diversos setores e lideranças da instituição.	11	78,5	3	21,4	-	-
Os relatórios são regularmente disponibilizados para os órgãos públicos concernentes (gestores).	12	85,7	2	14,2	-	-
Média		82,0		17,1		0,7
Desvio-padrão		17,5		18,1		2,4

*O n apresentou variação entre os itens avaliados, pois alguns deles não eram aplicáveis a todos os hospitais participantes.

Entre as atividades realizadas pela CCIH nos diversos setores e áreas do hospital, é possível evidenciar a necessidade imediata de intensificar tais ações, uma vez 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 4.

Tabela 4 – 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, Brasil, 2016.

Indicador PCCP	Conformidade		Não conformidade		Conformidade parcial	
	n*	%	n	%	n	%
Unidade de diálise (I – D – R – C – O)	2	66,6	1	33,3	-	-
Banco de sangue (I – D – R – C – O)	3	50,0	3	50,0	-	-
Laboratório de análises clínicas (I – D – R – C – O)	2	28,5	4	57,1	1	14,2
Laboratório de anatomia patológica (I – D – R – C – O)	2	40,0	2	40,0	1	20,0
Unidades de internação (I – D – R – C – O)	13	92,8	1	7,1	-	-
Unidades de terapia intensiva (I – D – R – C – O)	8	88,8	1	11,1	-	-
Berçário (I – D – R – C – O)	2	40,0	3	60,0	-	-
Central de Material e Esterilização (I – D – R – C – O)	9	69,2	3	23,0	1	7,6
Centro Cirúrgico (I – D – R – C – O)	11	84,6	2	15,3	-	-
Pronto-socorro (I – D – R – C – O)	7	77,7	2	22,2	-	-
Ambulatório (I – D – R – C – O)	8	61,5	5	38,4	-	-
Serviço de Farmácia (I – D – R – C – O)	8	57,1	6	42,8	-	-
Serviço de Nutrição e Dietética (I – D – R – C – O)	10	71,4	4	28,5	-	-
Participa das decisões técnicas para especificação e aquisição de produtos e correlatos	8	57,1	4	28,5	2	14,2
Média		63,2		32,7		4,0
Desvio-padrão		19,3		16,3		7,0

*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.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa evidenciou que os indicadores de estrutura e processo dos PCIH nas instituições hospitalares estudadas apresentaram, de maneira geral, resultados abaixo do esperado, correspondente a 100%. O melhor desempenho foi obtido dos indicadores de avaliação da estrutura técnico-operacional e do indicador de avaliação do sistema de vigilância epidemiológica.

Nessa conjuntura, a adoção de indicadores de avaliação dos PCIH dos hospitais de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, tornou-se uma importante ferramenta que evidenciou que as CCIH, em sua maioria, estavam constituídas conforme legislação vigente, embora os PCIH precisem ser adequados no tocante às diretrizes operacionais e atividades relacionadas à prevenção e ao controle da IH, ambos com conformidade próxima a 60,0%.

Adiciona-se que, considerando o alto percentual de adesão (87,5%) das instituições convidadas, os resultados desta pesquisa refletem o diagnóstico dos PCIH no município, podendo ser útil para o estabelecimento de um panorama da situação desses programas no país, favorecendo a tomada de políticas públicas. Pesquisa análoga, realizada no município de Ribeirão Preto, SP, Brasil, obteve percentual de participação semelhante (81,2%)⁽⁹⁾.

Outras avaliações do diagnóstico dos PCIH em regiões do Brasil chegaram a resultados similares aos encontrados neste estudo, com maiores inconformidades nos mesmos indicadores⁽⁹⁻¹⁰⁾. Todavia, estudo realizado no município de São Paulo, SP, Brasil, obteve, em todas as avaliações, resultados superiores aos da presente investigação e bem próximos do ideal⁽⁵⁾, apesar do baixo percentual de participação das instituições convidadas (31%).

No que concerne à avaliação da estrutura técnico-operacional, seis hospitais atenderam a todos os itens avaliados em relação aos recursos humanos, administrativos e espaço físico, e uma instituição comportou-se como *outlier* ao apresentar apenas 30,76% de conformidade, em detrimento de uma média geral de 80,58%, resultando em um elevado desvio-padrão.

Ainda no que diz respeito à avaliação da estrutura técnico-operacional, percentual elevado dos hospitais (42,8%) referiu a não disponibilidade de profissionais exclusivos e em número adequado para as atividades, além de apresentar espaço físico destinado à CCIH compartilhado com outros setores administrativos (35,7%). Esse panorama opõe-se às orientações da legislação nacional, e também é evidenciado em outros estudos realizados no Brasil⁽⁹⁻¹⁰⁾. Pesquisa desenvolvida em Catalunha, Espanha, também apontou *deficit* de horas/profissionais para as atividades voltadas ao controle de IH, mencionando que os recursos humanos eram mínimos⁽¹¹⁾.

De acordo com a legislação brasileira, deve haver pelo menos dois profissionais de saúde de nível superior para cada 200 leitos trabalhando como membros executores da CCIH, ou seja, realizando as ações previstas no PCIH. A legislação orienta, ainda, que um deles seja preferencialmente um enfermeiro com jornada de 6 horas diárias⁽³⁾. Estudo realizado em Vancouver, Canadá, aponta que o suporte de pessoal e financeiro é imprescindível para um programa de controle de infecção efetivo, além do engajamento do pessoal envolvido no processo⁽¹²⁾. Nesse sentido, estudo multicêntrico realizado na Índia também reforça que o apoio institucional é fundamental para a efetiva implementação de programas de controle de infecção, por garantir recursos adequados em nível de pessoal, tarefas e organização⁽¹³⁾.

A avaliação das diretrizes operacionais de prevenção e controle de infecção hospitalar, sob a forma de manuais, registros, resoluções e outros, revelou, por meio do instrumento PCDO, os resultados mais baixos de conformidade diante de todos os instrumentos da presente pesquisa. Houve resultados bastante discrepantes entre algumas instituições, de forma que apenas uma obteve êxito em todos os itens da avaliação, enquanto outra instituição atingiu somente 20,0%. Entre os 17 itens deste instrumento, oito apresentaram percentual de conformidade inferior a 50%, sendo as menores médias relativas às recomendações para a lavagem e higienização de roupas (21,4%) e à técnica de coleta de material para culturas (28,5%).

Esse achado é preocupante, uma vez que roupas e vários artigos (canetas, termômetros, estetoscópios e outros) utilizados para o cuidado em saúde são contaminados. Apesar da fragilidade dos estudos na área, já se comprovou a contaminação de aventais, uniformes e jalecos com bactérias resistentes isoladas de pacientes hospitalizados. Isso reforça a necessidade de recomendações e ações da CCIH para interromper e minimizar o potencial patogênico exercido por essas vestimentas⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

A maior conformidade relacionou-se com a recomendação para higienização das mãos (92,80%), que, embora presente na maior parte dos hospitais participantes, deve continuar sendo enfatizada como fundamental nas estratégias de segurança do paciente e dos profissionais⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Em relação às recomendações de prevenção de infecções relacionadas aos tratamentos respiratório e urinário, de corrente sanguínea e sítio cirúrgico, prevaleceram hospitais com inadequações ou que não as apresentaram (60%), resultado que corrobora achados de outro estudo realizado no Brasil⁽⁹⁾.

Inadequações nos critérios diagnósticos podem ocasionar taxas de incidência de infecção superior ou subestimadas, mascarando a vigilância desse agravo e comprometendo a implementação de medidas de controle da IH. As instituições de saúde são estimuladas a aderir a recomendações de consenso, oferecer educação e treinamentos adequados, além de supervisionar as equipes como estratégias de melhoria no processo de redução dos riscos⁽²⁰⁾.

Ainda no que concerne à avaliação de diretrizes operacionais, um número limitado de instituições⁽⁸⁾ apresentou rotinas escritas para orientar condutas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e artigos, fato alarmante, tendo em vista que desde março de 2012 existem orientações formais para a adequação dessa área nos serviços de saúde brasileiros⁽²¹⁾. Reforça-se que é atribuição da CCIH supervisionar e acompanhar tais referenciais teóricos da instituição, direcionando esforços para o cumprimento correto deles^(3,21).

A avaliação realizada por meio do instrumento PCVE, referente ao sistema de vigilância epidemiológica contemplado nos PCIH, apresentou resultado mais favorável nesta pesquisa, com média geral de conformidade de 81,59%. Esse resultado é superior ao de um estudo realizado no estado do Paraná, Brasil, (76,00%)⁽¹⁰⁾ e inferior a outros dois, um realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, (83,72%)⁽²²⁾ e outro em São Paulo, SP, Brasil (99,40%)⁽⁵⁾.

Nesse quesito, 10 hospitais apresentaram conformidade igual ou superior a 90,0%, um apresentou 22,3%, enquanto os demais hospitais apresentaram resultados inferiores a 60,0%. A inconformidade destacada neste instrumento refere-se ao fato de os relatórios epidemiológicos não mencionarem as intervenções realizadas e/ou necessárias diante de cada desfecho. De acordo com a Portaria n.º 2.616/98⁽³⁾, além de todas as alterações detectadas na prática epidemiológica, é necessário descrever as estratégias adotadas para a melhoria dessa prática. Esses achados são semelhantes aos obtidos em estudos realizados em Ribeirão Preto, SP, Brasil⁽²²⁾ (46,15%) e Paraná, Brasil⁽¹⁰⁾ (70,00%), mas são inferiores ao reportado por estudo realizado no município de São Paulo, Brasil (98,00%)⁽⁵⁾.

A avaliação das atividades de prevenção e controle de IH executada no PCIH dos hospitais, por meio do instrumento PCCP, evidenciou uma conjuntura insatisfatória no município estudado, visto que a média de conformidade foi baixa (63,4%). Somente um hospital apresentou ações em todos os setores questionados e aplicáveis à instituição (100%), e outros seis registraram média superior a 80%. Destaca-se ainda que três hospitais apresentaram desempenho inferior a 30%, limitando suas atividades apenas às Unidades de Internação, ao Centro Cirúrgico e à Farmácia. 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⁽³⁾.

Outro item avaliado nos hospitais foi a participação da CCIH nas decisões técnicas para especificação e compra de produtos e correlatos, e evidenciou-se que apenas 57,10% da amostra tem essa rotina formalmente implantada. Dois hospitais (14,20%) 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, juntamente com o serviço de farmácia, protocolos referentes ao uso de antimicrobianos, germicidas, materiais médico-hospitalares e outros para o serviço de saúde⁽³⁾.

Nesse cenário, é relevante que o controle da IH 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 à pesquisa^(1,6).

É oportuna e necessária a realização de novos estudos, com o objetivo de mapear a realidade do município para 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⁽¹⁷⁾.

Esta pesquisa apresenta limitações inerentes ao delineamento metodológico (estudo descritivo), o qual não permite avaliar relações de causa e efeito. Adiciona-se ainda o fato de ter sido realizada em apenas um município, o que pode dificultar a generalização dos achados. Além disso, a etapa documental baseou-se em pesquisa de dados secundários e pode ser passível de imprecisões de informação.

CONCLUSÃO

Entre os quatro instrumentos aplicados para a avaliação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, apenas dois apresentaram resultado superior a 80,0% de conformidade, relativos às avaliações da estrutura técnico-operacional e à vigilância epidemiológica. As diretrizes e recomendações operacionais e as atividades executadas para prevenir e controlar as IH obtiveram conformidade próxima a 60,0%.

Enfatiza-se, assim, a necessidade de os hospitais adotarem estratégias de contínua avaliação da efetividade dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar e o seu impacto na qualidade do cuidado em saúde, visto que tais programas são imprescindíveis para a segurança do paciente e carecem de melhorias para o aprimoramento da prática assistencial.

RESUMO

Objetivo: Avaliar Comissões de Controle de Infecção Hospitalar quanto aos indicadores de estrutura e processo dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar. **Método:** Estudo transversal e descritivo, realizado com Comissões de hospitais registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. A coleta de dados primários e secundários foi realizada por meio de entrevista estruturada, utilizando-se de instrumentos validados e verificação de documentos, respectivamente. **Resultados:** Participaram da pesquisa 14 Comissões. Evidenciaram-se médias de conformidade de 80,58% para o indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional, 60,77% para o indicador das diretrizes operacionais de prevenção e controle de infecção, 81,59% para o indicador de avaliação do sistema de vigilância epidemiológica e 63,44% para o indicador de avaliação das atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar. **Conclusão:** Entre os quatro instrumentos aplicados para a avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar, apenas dois deles apresentaram resultado superior a 80,0% de conformidade, os relativos às avaliações da estrutura técnico-operacional e à vigilância epidemiológica.

DESCRITORES

Infecção Hospitalar; Controle de Infecções; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar comisiones de Control de Infección Hospitalaria en cuanto a los indicadores de estructura y proceso de los Programas de Control de Infección Hospitalaria. **Método:** Estudio transversal y descriptivo, realizado con Comisiones de hospitales inscritos en el Registro Nacional de Establecimientos Sanitarios. La recolección de datos primarios y secundarios se llevó a cabo mediante entrevista estructura utilizándose instrumentos validados y verificación de documentos, respectivamente. **Resultados:** Participaron en la investigación 14 Comisiones. Se evidenciaron promedios de conformidad del 80,58% para el indicador de evaluación de la estructura técnica y operativa, el 60,77% para el indicador de las directrices operativas de prevención y control de infección, el 81,59% para el indicador de evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica y el 63,44% para el indicador de evaluación de las actividades de control y prevención de infección hospitalaria. **Conclusión:** Entre los cuatro instrumentos aplicados para la evaluación de los Programas de Control de Infección Hospitalaria, solo dos de ellos presentaron resultado superior al 80,0% de conformidad, los relativos a las evaluaciones de la estructura técnica y operativa y a la vigilancia epidemiológica.

DESCRIPTORES

Infección Hospitalaria; Control de Infecciones; Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Investigación en Servicios de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AC, Paula AO. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2013 [citado 2017 set. 17];17(1):221-4. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/592>

2. Souza ES, Belei RA, Carrilho CMDM, Matsuo T, Yamada-Ogatta SF, Andrade G, et al. Mortality and risks related to healthcare-associated infection. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 17];24(1):220-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100220&lng=en
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.616, de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares [Internet]. Brasília; 1998 [citado 2017 set. 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde [Internet]. Brasília: ANVISA; 2013 [citado 2017 set. 17]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro4-MedidasPrevencaoIRA Saude.pdf>
5. Silva CPR, Lacerda RA. Validation of a proposal for evaluating hospital infection control programs. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 17];45(1):121-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/en_1955.pdf
6. Reis AT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [citado 2017 set. 17];18(7):2029-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>
7. Silva CPR, Lacerda RA. Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar: construção e validação. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2007 [citado 2017 set. 17];16(2):128-31. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n2/v16n2a11.pdf>
8. São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde, Divisão de Infecção Hospitalar, Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar: Projeto de parceria multi-profissional e multi-institucional de política pública de saúde na área de controle de infecção hospitalar [Internet]. São Paulo; 2006 [citado 2017 set. 17]. Disponível em: <http://www.osteos.com.br/arquivos/manuais/avaliacao-qualidade-praticas-controle-infeccao-hospitar.pdf>
9. Meneguetti MG, Canini SRMS, Bellissimo-Rodrigues F, Laus AM. Evaluation of Nosocomial Infection Control Programs in health services. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 17];23(1):98-105. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100098
10. Alves DCI, Lacerda RA. Evaluation of Programs of Infection Control related to Healthcare Assistance in Hospitals. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 17];49(n.spe):65-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000700065&script=sci_arttext&lng=en
11. Limón E, Pujol M, Gudiol F. Validation of the structure and resources of nosocomial infection control team in hospitals ascribed to VINCat program in Catalonia, Spain. *Med Clin (Barc)*. 2014;143 Suppl 1:43-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2014.07.010>
12. Lloyd-Smith E, Curtin J, Gilbert W, Romney MG. Qualitative evaluation and economic estimates of an infection control champions program. *Am J Infect Control*. 2014;42(12):1303-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2014.08.017>
13. Barker AK, Brown K, Siraj D, Ahsan M, Sengupta S, Safdar N. Barriers and facilitators to infection control at a hospital in northern India: a qualitative study. *Antimicrob Resist Infect Control* [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 17];6:35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5385016/>
14. Margarido CA, Villas-Boas TM, Mota VS, Silva CKM, Poveda VB. Contaminação microbiana de punhos de jalecos durante a assistência à saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2017 set. 17];67(1):127-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100127
15. Oliveira AC, Silva MDM, Garbaccio JL. Clothing of health care professional as potential reservoirs of micro-organisms: an integrative review. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2017 Sep 17];21(3):684-91. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a25.pdf
16. Sehulster LM. Healthcare laundry and textiles in the united states: review and commentary on contemporary infection prevention issues. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2015;36(9):1073-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/ice.2015.135>
17. Mitchell A, Spencer M, Edmiston CJ. Role of healthcare apparel and other healthcare textiles in the transmission of pathogens: a review of the literature. *J Hosp Infect*. 2015;90(4):285-92. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2015.02.017>
18. Freitas TSC, Ferreira SCM. Higienização das mãos em unidades de terapia intensiva: monitoramento do consumo de álcool em gel. *Nursing (São Paulo)*. 2016;14(220):1196-200.
19. Santos TCR, Roseira CE, Piai-morais TH, Figueiredo RM. Hand hygiene in hospital environments: use of conformity indicators. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 17];35(1):70-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472014000100070&script=sci_arttext&lng=en
20. Vandijck D, Cleemput I, Hellings J, Vogelaers D. Infection prevention and control strategies in the era of limited resources and quality improvement: a perspective paper. *Aust Crit Care*. 2013;26(4):154-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2013.07.005>
21. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde [Internet], Brasília: ANVISA; 2012 [citado 2017 set.17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html
22. Gabriel CS, Melo MRAC, Rocha FLR, Bernardes A, Miguelaci T, Silva MLP. Use of performance indicators in the nursing service of a public hospital. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 17];19(5):1247-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500024

