



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

DÉBORA GOTARDELO AUDEBERT DELAGE

**PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES:
um desafio em instituições públicas, privadas e filantrópicas do município de
Juiz de Fora**

JUIZ DE FORA

2011

DÉBORA GOTARDELO AUDEBERT DELAGE

**PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES:
um desafio em instituições públicas, privadas e filantrópicas do município de
Juiz de Fora**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva

Juiz de Fora

2011

Delage, Débora Gotardelo Audebert.

Prevenção e controle das infecções hospitalares: um desafio em instituições públicas, privadas e filantrópicas do Município de Juiz de Fora/
Débora Gotardelo Audebert Delage. – 2011.

132 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

1. Infecção hospitalar – Prevenção e controle. I. Título.

CDU 616.9:614.2

“Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares: um desafio em instituições públicas, privadas e filantrópicas do município de Juiz de Fora”.

DÉBORA GOTARDELO AUDEBERT DELAGE

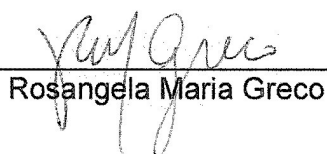
ORIENTADORA: Girlene Alves da Silva

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 11/03/2011


Girlene Alves da Silva


Lia Cristina Galvão dos Santos


Rosângela Maria Greco

*Ele tem a chave, teu Deus tem a chave
De todas as portas adiante de ti!
Ele te conhece
E conhece a hora.
Quando abrir, no tempo,
Passa por ali”.*

*“Ele tem a chave, teu Deus tem a chave
De todo mistério, todos os porquês!
Ele criou tudo
E te fez a mente.
Te abrirá, no tempo,
O que ora não vês”.*

*“Ele temas chaves, abre e ninguém fecha;
Fecha e ninguém abre. De tudo é Senhor!
És um filho dele,
Por isso, descansa.
Teu Deus tem as chaves
E te tem amor”.*
(Desconhecido)

Obrigada Deus, por abrir esta porta!!!

AGRADECIMENTOS

Agora sim posso, de maneira singela, homenagear as pessoas que tanto contribuíram para esta vitória!

A Deus, autor da minha vida, que esteve presente em todos os momentos de lutas a desafios e que agora está ao meu lado para se alegrar comigo. Por ter me feito capaz e caminhar junto comigo.

À minha orientadora, Profa. Dra. Girlene Alves da Silva, que muito mais que orientar, me ensinou a caminhar em direção a sonhos tão altos. Por poder fazer parte desta etapa tão importante da minha vida e mais, por ser exemplo com seu carinho, dedicação, amizade e cuidado. Muito obrigada Gigi pelos abraços calorosos e por acreditar em mim sempre.

Aos meus pais, porque sempre acreditaram em mim, e por suas orações incessantes nas madrugadas. Obrigada mãe! Obrigada pai! Vocês fazem parte desta conquista.

Aos meus irmãos, Raquel, Paulo Elias e Filipe, pela torcida incansável.

Ao meu amor, Felipe, pelo carinho e dedicação, e muitas vezes pela paciência em entender minha ausência e meus momentos de nervosismo. Suas palavras e gestos de amor e carinho foram meus alicerces nessa etapa tão especial da minha vida. Dedico a você também essa vitória.

À Profa. Estela pelos comentários, sugestões e orientações preciosas fornecidas no exame de qualificação.

Aos Professores do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da UFJF que contribuíram de maneira ímpar para minha formação profissional e pessoal.

Às minhas colegas e novas amigas construídas no Mestrado, Rayla, Manu, Cruvis

e Rosane, meu muito obrigada pela amizade de todas vocês!

Aos amigos que desde o início, no processo de seleção do Mestrado já acreditavam nesta vitória, a vocês Roberta, Lidis, Jesana e Lelé. Ao meu irmão Felipe e ao amigo Abraão pelas suas contribuições.

A todos os hospitais que aceitaram participar do estudo e a todos profissionais protagonistas desta dissertação, obrigada por confiarem em mim e permitirem compartilhar suas percepções.

*“Só o que está morto não muda!
Repito por pura alegria de viver:
A salvação é pelo risco,
Sem o qual a vida não vale à pena!!!”*

Clarice Lispector

RESUMO

As infecções hospitalares (IH's) são um desafio na saúde pública e por isso é fundamental que as atividades de prevenção e controle das IH's permaneçam na linha de frente e na base das instituições hospitalares. Para que estas ações sejam efetivas é imprescindível a instalação e manutenção de um Programa de Controle de Infecções Hospitalar (PCIH) que sustente e qualifique estas ações e atividades mínimas de controle e prevenção. Portanto, este estudo de abordagem qualitativa teve como objeto de investigação o Programa de Controle de Infecções Hospitalar (PCIH) em instituições de saúde públicas, privadas e filantrópicas no município de Juiz de Fora. Os objetivos foram: avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) em instituições de saúde privadas, públicas e filantrópicas do município de Juiz de Fora e sua relação com a prática dos profissionais dos Serviços e Comissões de Controle de Infecção hospitalar; conhecer o PCIH de instituições hospitalares públicas, privadas e filantrópicas do município de Juiz de Fora; conhecer as ações da Vigilância Sanitária de Juiz de Fora no que tange o controle das infecções hospitalares e analisar as percepções dos profissionais de saúde que atuam nas CCIH's e SCIH's sobre as ações de controle e prevenção das IH's. Os dados foram coletados em dois momentos: primeiramente, para caracterização dos PCIH's, utilizamos uma manual operacional e planilha de indicadores e posteriormente para coleta dos relatos dos profissionais, utilizamos entrevista semiestruturada. Para análise das entrevistas utilizamos a técnica de análise temática que permitiu-nos definir as seguintes categorias de análise: percepção dos profissionais na organização dos SCIH's e CCIH's; atividades de controle de infecção desempenhadas pelos profissionais do SCIH e da CCIH; o controle e prevenção em IH: o lugar da educação permanente; a fiscalização das Infecções hospitalares e sua relação com a Vigilância Sanitária e o desafio no controle das Infecções Hospitalares. Foi possível observar que na realidade estudada os PCIH's apresentam diversas inconformidades, e grandes são os desafios apontados pelos sujeitos. É preciso pensar o PCIH como parte fundamental para uma melhor assistência em saúde nas instituições hospitalares. É essencial que não apenas a instituição de saúde valorize o controle de infecção, mas que todos profissionais de saúde realmente entendam a importância do PCIH e sua relação no controle e

prevenção das infecções hospitalares.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar. Controle de infecções. Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

ABSTRACT

Nosocomial infections (NI's) are a public health challenge and therefore, it is fundamental that prevention and control actions remain on the front line and on the basis of hospital institutions. For these actions to be effective it is of utmost importance to implement and maintain a Nosocomial Infections Control Programme (NICP) that may support and qualify them. This study of qualitative approach aims to investigate the NICP in public and private health institutions in the city of Juiz de Fora. The objectives are: to evaluate the Nosocomial Infections Control Programme (NICP) of public, private and philanthropic hospital institutions in the city of Juiz de Fora and its relationship with the practice of professionals of Nosocomial Infections Control Commissions (NICC's) and Services (NICS's); to know the NICP of public, private and philanthropic hospital institutions of Juiz de Fora; to know the actions of Juiz de fora Health Surveillance Agency concerning the control of nosocomial infections and to analyse the perceptions of health professionals that work in the NICC's and NICS's over the actions of control and prevention of NI's. The data was collected in two moments: primarily, in order to characterize the NICP's, we utilized an operational manual and indicators spreadsheets and, posteriorly, in order to collect the professional's reports, we used semi-structured interview. For the analyses of the interviews we used the thematic analysis technique, wich allowed us to define the following categories: professional's perception over the organization of NICC's and NICS's; the control and prevention of NI's; the importance of continuing education; inspection of nosocomial infections and its relationship with Health surveillance and the challenge of controlling nosocomial infections. It was possible to observe that in the studied reality, the NICP's shows many nonconformity's, and grand are the challenges pointed out by the subjects. It is necessary to view the NICP as a fundamental part of a better health assistance in hospital institutions. It is essential that not only the health institution values the infection control, but that all health professionals in fact understand the importance of the NICP and its relationship with the control and prevention of nosocomial infections.

Key words: Nosocomial Infections. Infection Control. Hospital Infection Control Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1. Gráfico 01: Distribuição dos hospitais do estudo segundo estrutura técnico operacional do PCIH.....43
- Figura 2. Gráfico 02: Distribuição dos hospitais do estudo segundo as diretrizes operacionais de prevenção e controle de IH.....44
- Figura 3. Gráfico 03: Distribuição dos hospitais de estudo segundo o sistema de vigilância epidemiológico de IH45
- Figura 4. Gráfico 04: Distribuição dos hospitais de estudo segundo as atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar46

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centros de Controle e Prevenção de Doenças)
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EPINE	Prevalence Survey of Nosocomial Infections in Spain (Estudo de Prevalência de Infecções Nosocomiais em Espanha)
IH	Infecção hospitalar
IRAS	Infecção relacionada a assistência em saúde
MS	Ministério da Saúde
NHSN	National Healthcare Safety Network (Rede Nacional de Segurança Hospitalar)
NNIS	National Nosocomial Infections Surveillance System (Sistema Nacional de Vigilância de Infecções Nosocomiais)
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SENIC	Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (Estudo sobre a eficácia do controle de infecções nosocomiais)
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1	APRESENTANDO O TEMA EM ESTUDO	14
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo geral	19
2.2	Objetivos específicos	19
3	CONTEXTUALIZANDO A INFECÇÃO HOSPITALAR	20
3.1	Infecção hospitalar como problema de saúde pública	23
3.2	A legislação como estratégia de controle e prevenção das infecções hospitalares	25
3	AVALIAÇÃO EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	31
4	O MÉTODO DE DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	36
4.1	O cenário da investigação	37
4.2	Sujeitos	38
4.3	Estratégia de apreensão das informações	39
4.4	A organização das informações	40
5	APRESENTANDO AS INFORMAÇÕES E TECENDO AS ANÁLISES	42
5.1	Caracterização dos PCIH's das instituições hospitalares	42
5.2	Categoria 1: Percepção dos profissionais na organização dos SCIH's e CCIH's	47
5.3	Categoria 2: Atividades de controle de infecção desempenhadas pelos profissionais do SCIH e da CCIH	53
<i>5.3.1</i>	<i>Controle e padronização dos antimicrobianos</i>	<i>53</i>
<i>5.3.2</i>	<i>Vigilância epidemiológica das IH's</i>	<i>57</i>
<i>5.3.3</i>	<i>Competências ligadas à estrutura administrativa</i>	<i>61</i>
<i>5.3.4</i>	<i>IH: o papel das informações no controle</i>	<i>63</i>
5.4	Categoria 3: O controle e prevenção em IH: o lugar da educação permanente	65
5.5	Categoria 4: A inspeção das Infecções hospitalares e sua relação com a Vigilância Sanitária	72
5.6	Categoria 5: o desafio no controle das Infecções Hospitalares	78
6	CONSIDERAÇÕES	86

REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	98
ANEXOS	104

1 APRESENTANDO O TEMA EM ESTUDO

O tema das Infecções Hospitalares (IH's) é algo que tem se destacado nacionalmente e mundialmente, sendo considerado um grande problema de saúde pública, aumentando a morbidade e a mortalidade entre os pacientes e elevando os custos hospitalares (SANCHÉZ PAYA et al., 2009; RAKA, 2009; SANTOS, 2006).

Devido todos estes fatores, a questão das IH's foi algo que sempre me incomodou, ainda cursando a graduação. Esse tema de alguma maneira me fazia refletir, principalmente quanto ao que realmente deveria ser feito para sua prevenção e controle no ambiente hospitalar.

Após graduada, durante três anos fui enfermeira de uma Unidade de Terapia Intensiva Clínica de Adulto em um hospital de grande porte no município de Juiz de Fora e nesse período a problemática da IH sempre esteve no meu cotidiano de trabalho, principalmente em relação ao seu controle e prevenção. Era fato que a IH prejudicava muito o tratamento e assistência do paciente, e que muitas vezes este paciente tinha seu prognóstico complicado por causa da infecção. A morbimortalidade dos pacientes com IH's aumentava muito e, além disso, percebia também o problema do aumento do custo do tratamento.

Enquanto enfermeira eu estava sempre observando o trabalho da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que é o órgão responsável pelas ações de prevenção e controle das infecções, e percebia a dificuldade que se tinha de efetivar ações resolutivas no que tange ao controle das IH's.

Esse cotidiano alimentava-me de inquietações sobre a problemática das IH's, o que permitiu na minha prática aceitar o desafio de aprofundar o estudo da temática.

O meu anseio era entender o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) e as ações de prevenção e controle das IH's, como ele funcionava, quais as dificuldades enfrentadas pelos órgãos e profissionais responsáveis legalmente pelo controle e prevenção das IH's, e o que poderia ser feito no intuito de melhorar estas ações preventivas. Além disso, também me impulsionava o conhecimento em relação as ações que a Vigilância Sanitária desenvolvia dentro desta perspectiva do controle das IH's.

É conhecido que na lei orgânica n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, um

dos objetivos primordiais do Sistema Único de Saúde (SUS) é a assistência às pessoas e populações, por intermédio de ações que proporcionem promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais, de reabilitação e de atividades preventivas (BRASIL, 1990).

No entanto, o sistema de saúde brasileiro encontra-se desafiado por complicações relacionadas à prevenção e assistência à saúde, denominadas infecções hospitalares (IH's).

É importante perceber que a preocupação com as infecções e sua vigilância é algo que tem crescido muito, e não somente nos ambientes hospitalares, mas observa-se um aumento cada vez maior da atenção em saúde fora do âmbito hospitalar, como atenção primária e domiciliar, centros e clínicas de saúde para idosos, tratamentos e outros. É, portanto, fundamental pensarmos que as infecções e seu controle vão além das instituições hospitalares e atualmente são denominamos infecções relacionadas a assistência em saúde (IRAS) (FREIXAS; SALLES; GARCIA, 2009). No entanto, neste estudo trataremos especificamente das infecções nos ambientes hospitalares (IH's).

O Ministério da Saúde (MS), na Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998), define IH como aquela adquirida após a admissão do paciente na unidade hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando esta puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares realizados.

Percebe-se uma preocupação e esforço em conhecer a magnitude das IH's e a compreensão de como evitá-las de forma resolutiva e eficaz, e vários estudos foram realizados nesta perspectiva, mostrando que através de programas de controle e vigilância intensiva das infecções é possível a redução das taxas de incidência das mesmas (BRUSAFERRO et al., 2003, CHOR et al., 1990; HALEY et al., 1985).

Portanto, já é notório que não basta a detecção das IH's, mas tornou-se imperativo a criação de modelos e programas que tragam medidas eficazes para a prevenção e controle destas infecções.

No Brasil, no intuito de melhorar a questão do controle das IH's, com a Lei n.9.341 de 6 de janeiro de 1997 (BRASIL, 1997) passou a ser exigência legal a criação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) pelas instituições hospitalares, definido como um conjunto de ações que visam a redução máxima

possível da incidência e gravidade das infecções hospitalares.

No entanto, não bastava a obrigatoriedade da criação do PCIH, e a partir da Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998) estabeleceram-se as recomendações para sua formação, no que se refere à estrutura e operacionalização. Esta portaria estabelece a constituição de uma CCIH, órgão de assessoria a autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar. Além da questão da estrutura esta portaria também define e recomenda processo de trabalho a ser realizado pelo PCIH, tendo como principal ação a vigilância epidemiológica.

Entretanto, há praticamente um consenso de que o processo de trabalho atualmente dominante nos PCIH's, ao fundamentar-se predominantemente na investigação e elaboração de indicadores epidemiológicos de eventos de IH e determinação de seus fatores de riscos, é limitado para reconhecer e compreender as condições em que as práticas assistenciais são realizadas, e qualificá-las em conformidade com as fundamentações científicas e legais já existentes (SILVA, C. P. R., 2005).

Segundo Silva (2010), é importante percebermos que o atendimento a Lei n. 9.341 de 6 de janeiro de 1997 (BRASIL, 1997) não implica necessariamente conformidade ao processo de trabalho nos mesmo moldes propostos pela Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998), pois percebe-se que muitas vezes a instituição de saúde estabelece seu próprio modo de operacionalização. Isso passa a ser viável desde que seja possível avaliar e mostrar seus processos e resultados, entendendo que apesar da ocorrência das IH's e suas consequências serem problemas de saúde de abrangência nacional e mundial, cada serviço pode ter suas especificidades, sendo necessárias medidas de controle e prevenção diferenciadas.

Outra iniciativa importante no que tange o controle das IH's foi a aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no ano de 2000, da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 48 de 02 de junho de 2000 (BRASIL, 2000), que é um roteiro de inspeção específico do PCIH a ser aplicado pelas autoridades da vigilância sanitária, mas que também pode auxiliar as ações das CCIH's.

Apesar desse roteiro já ser um avanço, pois além das questões epidemiológicas ele também faz recomendações sobre a organização e operacionalização do PCIH, o que se percebe é que ele ainda não oferece subsídios

para análise de como os processos são realizados e sua necessidade, além de ter um caráter generalista, não assegurando a possibilidade da realização de outros processos de trabalho de controle e prevenção das IH's de acordo com a realidade e necessidade de cada serviço (GIUNTA; LACERDA, 2006). Segundo Silva (2010), trata-se, portanto, mais de um instrumento para fiscalização e sanções do que uma ferramenta de avaliação do PCIH.

Existe uma discussão que a portaria vigente 2616/1998 deve ser atualizada, pois existe uma demanda dos profissionais de saúde pela incorporação de novos processos de trabalho, tanto em relação a prevenção e controle como da avaliação do PCIH (SANTOS, 2006; SILVA, C. P. R., 2005).

No entanto é fundamental que as atividades de prevenção e controle das IH's permaneçam na linha de frente e na base das instituições hospitalares, e para tal é necessário e imprescindível a instalação de um PCIH que sustente e qualifique ações e atividades mínimas de controle e prevenção (ARIAS; SOULE, 2008).

Ressalta-se que a existência de um PCIH não é garantia de que as práticas assistenciais encontram-se qualificadas no que se refere à prevenção e controle das IH's, mas com certeza constitui marco inicial para o desenvolvimento e estabelecimento de diretrizes operacionais. O PCIH é ainda considerado a principal e mais reconhecida alternativa para o estabelecimento de ações de controle e prevenção de IH (SILVA, 2010).

A maioria dos hospitais brasileiros e mesmo os gestores públicos de saúde enfrentam grandes dificuldades na prevenção e controle das infecções, e estudos nessa perspectiva auxiliariam em melhor conhecimento desse assunto e tomada de decisão mais resolutiva (SANTOS, 2006).

Segundo Sousa e outros (2007), percebe-se que ainda são poucos os estudos que retratam o desafio da prevenção e controle das IH's no Brasil, e isso gera uma enorme dificuldade de estabelecer um diagnóstico que retrate a dimensão real do problema no país. Desse modo, a inexistência de estudo sobre o sistema de prevenção e controle das infecções no município de Juiz de Fora levou-me a elaborar as seguintes questões norteadoras: (1) Como as instituições hospitalares estão realizando o controle e prevenção das infecções? (2) Quais os métodos utilizados? (3) Existe uma parceria ou monitoramento pelos órgãos governamentais e qual é esta relação? (5) Quais as dificuldades enfrentadas pelas instituições hospitalares e gestão local no que se refere ao controle e prevenção das infecções?

(6) Como os trabalhadores da instituição hospitalar que exercem suas funções nas comissões e/ou serviços de infecção hospitalar se percebem diante do controle das infecções hospitalares?

Diante de tais questionamentos e motivada a entender o processo atual de prevenção e controle das IH's utilizados pelas instituições hospitalares e pela vigilância sanitária, o presente estudo tem como objeto de investigação o PCIH em instituições públicas, privadas e filantrópicas no município de Juiz de Fora.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) em instituições de saúde privadas, públicas e filantrópicas do município de Juiz de Fora e suas relações com a prática dos profissionais dos Serviços e Comissões de Controle de Infecção Hospitalar.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o PCIH de instituições hospitalares públicas, privadas e filantrópicas do município de Juiz de Fora;
- Conhecer as ações da Vigilância Sanitária de Juiz de Fora no que tange o controle das infecções hospitalares;
- Analisar as percepções dos profissionais de saúde que atuam nas CCIH's sobre as suas ações de controle e prevenção das IH's.

3 CONTEXTUALIZANDO A INFECÇÃO HOSPITALAR

É importante ressaltarmos que as IH's não são recentes e que sua evolução e práticas de prevenção e controle sofreram várias mudanças no decorrer do tempo, sendo muito influenciadas pelo modelo de saúde-doença vigente em cada período da história.

Segundo Lacerda, Jouclas e Egry (1996), a trajetória histórica da ocorrência das IH's e o seu controle possuem forte ligação com a própria história dos modelos dominantes do processo saúde-doença, e esta constatação nos oferece subsídios importantes para práticas de prevenção e controle das infecções futuras, sendo fundamental uma reflexão de que a prevalência das IH's e seus fatores de risco estão diretamente ligados ao modelo técnico-assistencial adotado pela medicina.

Portanto, a história da ocorrência das infecções hospitalares, seu conceito, prevenção, controle e transmissão estão totalmente relacionados à história da atenção à saúde.

De acordo com a compreensão dada ao processo saúde-doença eram criados e utilizados modelos técnico-assistenciais para assistência à saúde, e, a partir disto, as IH's modificavam também suas características e transmissão (GIUNTA; LACERDA, 2006).

Se pensarmos as IH's como aquelas adquiridas ou transmitidas no ambiente hospitalar, podemos dizer, então, que elas não são recentes e surgem desde o período Medieval, pois nesta época foram criados ambientes e instituições para abrigar pessoas doentes e aquelas com problemas também sociais, como peregrinos, pobres e inválidos (FOUCAULT, 1996).

As pessoas permaneciam confinadas nestes lugares e isto facilitava a transmissão de doenças contagiosas, seja por características inerentes ao próprio ambiente ou porque neste período histórico a transmissão das infecções era predominantemente exógena, ou seja, através da via aérea, da água, alimentos e contato direto com o portador da doença infecciosa, caracterizando e reproduzindo as mesmas doenças epidêmicas da época (LACERDA; EGRY, 1997).

De acordo com Foucault (1996), a assistência nestes locais era precária, não se dispunha de nenhuma forma de assistência terapêutica que evitasse o

contágio entre as pessoas ali assistidas, favorecendo a disseminação de doenças, especialmente as de caráter infeccioso.

Segundo Lacerda e Egry (1997), as primeiras práticas de controle dessas infecções só surgiram a partir do século XVIII, depois da transformação do hospital de um local designado apenas para assistir os pobres e necessitados para um lugar de cura e medicalização.

Os hospitais, então, começam a passar por uma gradual reestruturação, de um local de caridade para um local de cura, de observação, de saberes e de disciplina, crescendo a conscientização de que o hospital poderia e deveria ser um instrumento de terapêutica (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

A partir deste período várias descobertas foram realizadas na temática das IH's, seja em relação aos meios de transmissão e fatores de risco, seja no que tange ao controle e prevenção destas infecções.

Como visto, a ocorrência das IH's são antigas, mas foi no século XIX que ocorreram grandes contribuições sobre a temática da prevenção e controle das infecções. Como exemplo Florence Nightingale, enfermeira que se consagrou pela dedicação aos doentes da guerra da Crimeia e que desenvolveu conceitos de higiene ambiental. Através de seus registros observou que os pacientes evoluíam melhor em ambientes limpos, arejados e luminosos, além da observação da importância de separação dos doentes de acordo com o tipo de doença (FONTANA, 2006).

Outro importante nome é Ignaz P. Semmelweiss, médico que em 1847 colaborou de forma importante para a hipótese da transmissão de doenças intra-hospitalares e percebeu que através da lavagem das mãos era possível prevenir estas infecções, neste caso específico, a febre puerperal (COUTO; PEDROSO; PEDROSA, 2003).

Se houve êxito nesse empreendimento é porque as infecções hospitalares que predominavam nesse período histórico eram aquelas basicamente transmitidas através do meio ambiente, de forma exógena, e medidas de controle sanitário eram suficientes e capazes de cumprir seus propósitos.

Já a partir da segunda metade do século XIX, ocorreu um grande avanço no campo da bacteriologia, mas estas conquistas só foram incorporadas na prática hospitalar a partir do século XX, permanecendo muito restritas a descobertas laboratoriais (CANGUILHEM, 1977).

Segundo Mendes Gonçalves (1986), a era bacteriológica proporcionou um avanço tecnológico no sentido de possibilitar a identificação de agentes causais microbianos e seus respectivos mecanismos de inativação e transmissão, mas também trouxe um retrocesso na compreensão da multicausalidade do processo saúde-doença, deslocando para o microorganismo a única causa das doenças infecciosas, fortalecendo, portanto, a teoria unicausal da ocorrência das doenças.

No entanto, com o avanço do conhecimento médico sobre o corpo biológico e as consequências das intervenções invasivas, principalmente as cirurgias, percebeu-se que apenas o controle do meio ou o conhecimento dos microorganismos não resolveria o problema da IH. Uma concepção unicausal não mais se mostrou suficiente para evitar uma nova forma de infecção que começou a surgir a partir dos avanços da medicina - a forma endógena – que ocorre por doenças ou condições clínicas predisponentes, conjugada com procedimentos invasivos e imunossupressivos. (LACERDA; EGRY, 1997).

Na primeira década do século XX, o impacto das IH's e suas mudanças foram percebidos através da disseminação das infecções estreptocócicas, resultantes da longa permanência dos pacientes nos hospitais e superlotação das enfermarias com os pacientes. Com a descoberta da penicilina em 1940, deu-se início a era dos antibióticos, aparentemente sendo a solução para a cura das infecções bacterianas (SELWYN, 1991).

No entanto, nesta mesma década já era identificada a resistência dos microorganismos a vários antibióticos. Na década de 50, com uso indiscriminado dos antimicrobianos, surgem nos Estados Unidos da América cepas de *Staphylococcus* resistentes à penicilina, culminando em surtos nos hospitais. O surgimento das bactérias resistentes demandou o uso de antibióticos de espectro cada vez maior, e o uso irracional desses levou a uma mudança do perfil de sensibilidade dos microorganismos, gerando bactérias cada vez mais resistentes (SANTOS, 2006).

Portanto, a partir da década de 50 é que temos maiores repercussões das IH's devido ao reconhecimento da sua nova forma de manifestação: endógenas e multirresistentes, principalmente devido ao aumento de tecnologias invasivas e uso indiscriminado de antibióticos.

Atualmente, as IH's estão diretamente ou indiretamente relacionadas ao modelo clínico de assistência, que cada vez mais utiliza tecnologia invasiva para procedimentos diagnósticos e terapêuticos, fato este que predispõe os pacientes a

uma maior susceptibilidade para adquirir as IH's.

Com o progresso médico, o desenvolvimento de novas tecnologias na área da assistência à saúde, o aumento da sobrevida de pacientes graves, uma maior expectativa de vida nos idosos e recém-nascidos prematuros, um aumento de pacientes com doenças crônicas degenerativas e outros fatores de risco, a taxa de infecções hospitalares elevou-se como um todo (SANTOS, 1997). Devido a estes vários fatores é possível dizer que além do controle do meio ambiente existem novos desafios relacionados ao controle de infecção como os agentes infecciosos emergentes, a resistência microbiana, o incremento de procedimentos invasivos no diagnóstico e tratamento das doenças e as consequências das transições demográficas e epidemiológicas.

Uma prática clínica que sempre foi curativista começa a modificar-se e entender que a ocorrência de infecção hospitalar é um problema grave de Saúde Pública, e algo que merece destaque, exigindo medidas preventivas e de controle de caráter coletivo.

3.1 Infecção hospitalar como problema de saúde pública

Segundo Sousa e outros (2007), as IH's hospitalares eram encaradas como problemas individuais, de caráter institucional. No entanto, atualmente constituem um problema de saúde pública.

As IH's são as mais frequentes e importantes complicações hospitalares presentes em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Percebe-se uma preocupação e esforço em todo mundo para conhecer sua magnitude e a compreensão de como evitá-las de forma resolutiva e eficaz (RAKA, 2009).

As IH's constituem um grande problema de saúde pública devido a suas grandes repercussões na saúde dos indivíduos e coletivo. De acordo com Santos e outros (2005), as IH's aumentam o tempo de internação, morbidade e mortalidade dos pacientes, além de elevar muito os custos do tratamento.

Outro fato importante é que as IH's também acarretam mudança nos padrões de resistência microbiana, e, conseqüentemente a elevação nos custos assistenciais devido ao maior uso de antimicrobianos e também uma maior

permanência de internação hospitalar (SANTOS, 2006).

Segundo Tipple e outros (2003), as IH's prolongam o tempo de internação, o que gera uma elevação no consumo de medicamentos e aumento dos custos adicionais, no âmbito não só dos órgãos administrativos institucionais e governamentais, mas também para os pacientes e familiares. Além disto, outro problema decorrente das IH's é o atraso do retorno dos pacientes às suas atividades normais, sendo que muitas vezes esse retorno é acompanhado de graves sequelas e difícil reabilitação.

Outra consequência das IH's, segundo Raka (2009), é que elas podem levar a um declínio da reputação das instituições de saúde aos olhos da população, o que poderá gerar medo e desconfiança por parte da comunidade em relação à assistência de saúde que vem sendo prestada pelas instituições e pelos órgãos governamentais responsáveis pelo controle das IH's.

É importante ressaltar também que as IH's atualmente não são apenas uma preocupação dos órgãos de saúde competentes, mas um problema de ordem social, ética e jurídica, dada às implicações e consequências na vida dos pacientes. Muitas vezes, devido a atos falhos na prestação de serviço feito pelos profissionais e instituições de saúde, as implicações jurídicas e legais referentes às IH's recaem sobre estes profissionais e instituições, com repercussões penais, civis e éticas (SOUSA et al., 2007).

Além destes transtornos, a IH é um problema de saúde pública também devido as suas altas taxas de incidência, o que nos leva a pensar medidas eficazes para seu controle e prevenção.

As IH's representam as complicações mais comuns nos serviços de saúde, afetando cerca de dois milhões de pessoas no mundo anualmente. Estudos realizados mostram que as IH's são cerca de 5% a 10% das complicações hospitalares nos países desenvolvidos, em contraste com 40% que ocorre em países em desenvolvimento pertencentes a Ásia, América Latina e África (RAKA, 2009).

Estudos realizados nos Estados Unidos pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*), através do projeto SENIC – Estudo da Eficácia do Controle das Infecções Nosocomiais (*Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control – SENIC*), mostram que a infecção hospitalar prolonga a permanência de um paciente no

hospital em pelo menos 4 dias, com aumento grande do custo adicional (HALEY, 1980).

De acordo com Yokoe e Calssen (2008) O CDC estima que de 5% a 10% dos pacientes hospitalizados nos Estados Unidos desenvolvem uma infecção relacionada à assistência à saúde, o que revela uma alta incidência desta doença.

Na Espanha, estudo sobre a Prevalência das Infecções Nosocomiais na Espanha (*Prevalence Survey of Nosocomial Infections in Spain – EPINE*) foi realizado pela Sociedade Espanhola de Medicina Preventiva (*Spanish Society of Preventive Medicine*), e desde 1990 tem sido feito anualmente. Os estudos realizados mostram uma diminuição das IH's, sendo que a prevalência em 1990 era 9,87% e em 2006 no último estudo realizado a prevalência foi de 7,90%. Segundo este estudo a diminuição é decorrente da implementação de medidas de prevenção e controle cada vez mais resolutivas (SÁNCHEZ PAYÁ et al., 2009; VAQUÉ; ROSSELLÓ; ARRIBAS, 1999).

No Brasil, o primeiro estudo sobre a magnitude das IH's foi conduzido pela Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde. Tratou-se de um estudo de prevalência em que foram avaliados 99 hospitais terciários ligados ao SUS e a taxa de prevalência de infecção hospitalar obtida foi 15,5% (PRADE et al., 1995).

Vários estudos foram sendo conduzidos dentro desta perspectiva, de avaliar as IH's em algumas regiões ou instituições de saúde no Brasil (MARTINS, 2006; PEREIRA et al., 1996; SILVA, 2003).

Ressaltamos que as IH's são um grave problema de saúde pública e que além de conhecer a magnitude das IH's é preciso refletir sobre as ações de controle e prevenção efetivas para redução destas taxas de incidências e prevalências.

3.2 A legislação como estratégia de controle e prevenção das infecções hospitalares

A importância das IH's e suas consequências para o contexto da saúde mundial gerou vários modelos, órgãos e sistemas responsáveis para prevenção e controle das mesmas.

O maior movimento de controle das IH's surgiu nos Estados Unidos, e na metade da década de 70 vários hospitais do país já tinham programas de vigilância e controle das IH's. Um grande marco na temática do controle das infecções hospitalares, já citado anteriormente, foi o Estudo da Eficácia do Controle das Infecções Nosocomiais (SENIC). Este projeto buscou medir a extensão da adoção de programas de controle de IH pelos hospitais americanos, além de determinar se os programas adotados foram capazes de reduzir as taxas de infecção (HALEY, 1980).

A partir deste projeto, evidenciou-se a ligação entre o programa de controle das IH's e a redução das mesmas, chegando a uma redução de até 32% das IH's (GOLDRICK, 2005). Este estudo foi um grande instrumento que serviu de base para orientação da importância das medidas de prevenção e controle das IH's em todo mundo.

Destacamos também o Estudo Nacional de Infecções Nosocomiais (*National Nosocomial Infection Study – NNIS*), posteriormente denominado Sistema Nacional de Vigilância de Infecções Nosocomiais (*National Nosocomial Infection Surveillance System – NNIS System*), que foi desenvolvido na década de 70 quando alguns hospitais nos EUA começaram a informar seus dados sobre a vigilância das IH's agregando-os a um banco de dados nacional (NATIONAL NOSOCOMIAL INFECTIONS SURVEILLANCE SYSTEM, 2004).

A partir de 2005 foi criada a Rede Nacional de Segurança Hospitalar (National Healthcare Safety Network - NHSN) que integrou os três sistemas de vigilância do CDC, sendo eles: Sistema Nacional de Vigilância de Infecções Nosocomiais (National Nosocomial Infections Surveillance- NNIS system), a Rede de Vigilância de Diálise (Dialysis Surveillance Network-DSN), e o Sistema de Vigilância Nacional do Trabalhador da Saúde (National Surveillance System for Healthcare Workers - NaSH). Este sistema facilitou a agregação de informações referentes ao controle das IH's em uma única base de dados (Jonathan et al, 2009).

Na Espanha, assim como em outros países da Europa, os programas e sistemas de controle de infecção começaram a se fundamentar a partir da década de 80 (BRUSAFERRO et al., 2003; SANCHÉZ PAYA et al., 2009).

O modelo brasileiro de prevenção e controle das infecções relacionadas à saúde teve início com a publicação da portaria 196 de 24 de junho de 1983 pelo Ministério da Saúde, tornando-se obrigatório a todos os hospitais do país a criação e

manutenção de Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH's) (BRASIL, 1983).

No entanto, podemos dizer que um grande marco das IH's no Brasil ocorreu em abril de 1985, com a morte do Presidente Tancredo Neves por septicemia devido a uma infecção pós-cirúrgica. Esse episódio causou grande repercussão nacional, levando a população, órgãos governamentais e instituições de saúde a uma maior reflexão sobre a problemática das IH's, principalmente no que tange ao controle e prevenção das mesmas (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Outra iniciativa importante foi a criação da Lei Federal n. 9.431 de 6 de janeiro de 1997 (BRASIL, 1997), que institui a obrigatoriedade da existência de Programas de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) em todos os hospitais brasileiros, definido como um conjunto de ações que visam a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções hospitalares.

Em 12 de maio de 1998 foi editada a portaria vigente n. 2.616 (BRASIL, 1998), que recomenda o processo de trabalho a ser realizado pelo PCIH, devendo o hospital constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) – órgão de assessoria da autoridade máxima da instituição e execução das ações de controle de infecção hospitalar. A CCIH é formada por membros consultores e membros executores. Esta mesma portaria define que os membros executores representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) encarregados de realizarem as ações de controle de infecção.

Segundo a mesma portaria, a CCIH deverá ser composta por diferentes serviços tais como: enfermagem, médico, administração, microbiologia e farmácia, mas dependendo da quantidade de leitos que existe no hospital (igual ou menor que 70 leitos) os membros consultores poderão ser apenas do serviço médico e enfermagem. Já a equipe mínima do SCIH exigida por lei são dois profissionais de nível superior sendo um obrigatoriamente o enfermeiro (BRASIL, 1998).

Um estudo realizado por Santos e outros (2005) em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) fez um levantamento e identificou que apenas 76% dos hospitais possuíam CCIH's, detectando ainda um grave problema que é o fato de que muitas vezes os hospitais possuem tais comissões apenas no papel e não atuam de maneira eficaz, não geram dados epidemiológicos para controle e prevenção das infecções.

Outro estudo mais recente sobre a problemática das IH's foi "*O Controle da*

Infecção Hospitalar no Estado de São Paulo” realizado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP), realizado entre outubro de 2007 e janeiro de 2008, a partir de uma amostra de 158 hospitais, o mesmo demonstrou sérios problemas nos PCIH’s (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010)

Foram levantados vários problemas e inadequações referentes a prevenção e controle e um dos resultados destacados nesta pesquisa foi que 7,6% das unidades de saúde não tinham comissões de controle de infecção hospitalar e 53,8% das instituições não contavam com o quadro mínimo de executores conforme previsto em lei. Apenas 17,7% dos hospitais vistoriados atendiam a itens fundamentais sobre o funcionamento das CCIH’s e 21% dos hospitais avaliados não tinham critério formal para diagnosticar infecção hospitalar. Além disso, não existia um programa de prevenção e controle de infecção hospitalar formalmente elaborado e executado em cerca de metade das instituições avaliadas (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010).

Parece que apesar de mais de vinte anos de ações legais do governo federal em implantar um programa nacional de prevenção e controle das IH’s eficaz, ainda não se tem uma ação efetiva e resolutiva.

De acordo com Chor e outros (1990), cerca de 30% das infecções hospitalares podem ser prevenidas através de tecnologias simples e de baixo custo, sendo a vigilância epidemiológica um instrumento eficiente para sugerir e avaliar medidas de controle, além de descrever a incidência, prevalência e distribuição das infecções.

O SUS define em seu texto legal (Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990) que vigilância epidemiológica é um conjunto de ações e atividades que proporcionam o conhecimento, detecção ou prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com o propósito de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990).

É importante uma reflexão de que nunca existirá uma taxa zero de infecção hospitalar, pois existem fatores considerados inalteráveis, inerentes ao próprio paciente como imunossupressão, envelhecimento da população de internados,

pacientes com doença crônico-degenerativas e comorbidades, dentre vários outros. No entanto, estudos demonstram que um programa de prevenção e controle de IH eficaz pode diminuir em muito a taxa de infecção no serviço (CHOR et al., 1990).

Outra dificuldade que enfrentamos é que os dados obtidos sobre IH são pouco divulgados, e muitas vezes são apenas dados isolados, não geram informações. Segundo Sousa e outros (2007), os dados e informações também não são consolidados por muitos hospitais, o que tem dificultado a aquisição de um diagnóstico que retrate a dimensão do real problema no país.

Em 2004 a ANVISA lançou o Sistema Nacional de Informação para o Controle de Infecções em Serviços de Saúde (SINAIS). Este sistema tinha o intuito de oferecer aos hospitais e gestores de saúde uma ferramenta para aprimoramento das ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. Através deste sistema de informação, a ANVISA acreditava que teria melhores possibilidades de conhecer as taxas de infecções e como atuam as CCIH's no Brasil.

No entanto, o cadastramento dos hospitais no SINAIS é voluntário, e no Brasil houve pouca adesão a este sistema de informação, não gerando ainda informações sobre a situação atual do controle das IH's no âmbito nacional e estadual. Atualmente este sistema encontra-se desativado.

O problema das infecções hospitalares deve ampliar sua perspectiva e ressaltar que as práticas de prevenção e controle não dependem apenas de ações focais, restringindo-se aos PCIH's, mas dependem também de ações ampliadas e relacionadas à forma com que as políticas de saúde são elaboradas e realizadas, à qualidade da assistência à saúde prestada em geral, à reformulação ou inovação de modelos assistenciais e, principalmente, à elaboração de estratégias de avaliação de todo o processo de controle das IH's (GIUNTA; LACERDA, 2006).

As infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais e a prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes no seu funcionamento. (BRASIL, 1983 p.11319).

Atualmente a ANVISA, através da Lei n. 9.782 de 26 de janeiro de 1999 (BRASIL, 1999), é responsável pela coordenação do programa de controle de

infecção hospitalar. Segundo Giunta e Lacerda (2006), a responsabilidade de acompanhamento dos PCIH nos hospitais é da Vigilância Sanitária, a qual inspeciona e presta coordenação técnica aos hospitais, orientando a aplicação das diretrizes estabelecidas pela legislação sanitária pertinente.

Entende-se por vigilância sanitária, “[...] um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.” (BRASIL, 1990)¹.

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 48 de 2 de junho de 2000 (BRASIL, 2000) , elaborada pela ANVISA, é um roteiro de inspeção específico do PCIH. No entanto, o que se observa é que este roteiro não oferece subsídios para análise de como os processos são realizados e sua necessidade, além principalmente de não considerar a especificidade de cada município e instituição. De acordo com Giunta e Lacerda (2006), outro fato pertinente é que muitas vezes não existe um preparo e capacitação para os agentes avaliadores e não se conhece as dificuldades que os profissionais possuem para coletar, analisar e avaliar os dados obtidos.

Portanto, a revisão do modelo atual de prevenção de infecções hospitalares, em parceria com os gestores estaduais e municipais de saúde, prestadores de serviços de saúde (instituições hospitalares), sociedade e usuários, é uma necessidade emergente e de caráter urgente (SANTOS et al., 2005).

¹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.

3 AVALIAÇÃO EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A avaliação, segundo Silva, L. M. V. (2005), pode ser considerada um dos componentes das práticas presentes em diversos campos, inclusive o da saúde. Segundo a autora, diversos estudiosos propõem diferentes conceitos para avaliação em saúde, muitas vezes coerentes e complementares.

Silva, L. M. V. (2005), citando Condantriapoulos (1997)², diz que a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou qualquer dos seus componentes com objetivo de ajudar no processo de tomada de decisão. Mas que podemos pensar em intervenções como qualquer ação ou práticas sociais e julgamento variando desde a formulação de um juízo de valor dicotômico até uma análise que envolva o significado do fenômeno.

De acordo com Reis e outros (1990), citando Donabedian (1966)³, é preciso pensar na avaliação de qualidade em saúde permeando os três aspectos da tríade clássica: estrutura, processo e resultado.

Segundo o autor, ao avaliar estrutura, busca-se fundamentalmente avaliar condições que constroem e condicionam o universo de práticas a ser avaliado (recursos financeiros, humanos, físicos, organizacionais e outros). Já a avaliação de processo busca descrever as atividades realizadas no serviço de atenção (REIS et al., 1990).

E para avaliação do resultado seria necessário descrever o estado de saúde do indivíduo ou da população como consequência da interação ou não com os serviços/programas ou sistemas de saúde (REIS et al., 1990).

Segundo Silva, L. M. V. (2005), embora essa concepção tenha utilidade prática para aproximação do objeto de avaliação, a abrangência dessa classificação e a redução que ela opera de real tem sido apontada como uma de suas limitações.

Portanto ao se pensar em qualidade não podemos nos prender apenas as abordagens quantitativas, mas atualmente evidencia-se um maior debate acerca da importância da avaliação em saúde utilizar de abordagens quantitativas e

² CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos, In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.29-47.

³ DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, v.44, p.166, 1966. Part 2,

qualitativas e segundo Mercer (2000), uma proposta de abordagem qualitativa para avaliação em saúde representa um aporte interessante para a atividade de avaliação no campo da saúde.

Quando se fala em avaliação de qualidade de um programa de saúde é preciso estabelecimento do mérito, por referência a determinados parâmetros (NOVAES, 2000), mas, segundo Potvi, Gendron e Bilodeau (2006), é preciso ir além, temos que pensar que existem relações entre os diferentes elementos e atores envolvidos no programa, e estas relações permeiam todo o processo de transformação pretendido e objetivado pelo programa.

As avaliações de programas em saúde têm como foco de análise os programas, entendidos aqui como processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos especificados e que envolvem diversos elementos como instituições, serviços e profissionais diversos (NOVAES, 2000).

De acordo com Cerqueira (2006) a avaliação é necessária para a implantação, o planejamento e o acompanhamento de um programa ou serviço.

Bosi e Uchimura (2006), citando Ayres (2004)⁴, consideram que a avaliação de programas, por ter uma multiplicidade de elementos, necessita transcender a dimensão objetiva e se reportar também a subjetividade presente nas práticas de saúde.

Atualmente observa-se uma abertura maior para a aceitação tanto de metodologias quantitativas quanto qualitativas em avaliações de programas de saúde, reconhecendo-as como possuidoras de especificidades próprias e complementares para a construção de um conhecimento (NOVAES 2000; BOSI; UCHIMURA, 2006).

Em geral, as situações avaliadas no campo da saúde irão exigir a adoção de múltiplas abordagens, o que significa dizer que são pertinentes tanto perspectivas quantitativas como qualitativas, e isso é fundamental para que não se perca a capacidade de explicação e compreensão melhor da situação (TANAKA; MELO, 2000).

As propostas avaliativas devem contemplar abordagens quantitativas, mas não devem se restringir a estes instrumentos estruturados visando apenas a objetivação através de respostas numéricas, escalas ou gráficos, mas devemos

⁴ AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.583-592, jul./set. 2004

pensar e reconhecer a centralidade dos processos simbólicos e as práticas discursivas dos atores envolvidos (BOSI; UCHIMURA, 2006).

É importante pesarmos que na avaliação de programas tornou-se cada vez mais claro que estes operam em uma realidade social e que as relações entre os diferentes atores sociais estabelecem muitas representações sobre a realidade e que através de uma abordagem qualitativa é possível conhecer as dimensões expressivas do processo que estão ocorrendo no objeto de conhecimento (MERCER, 2000).

Ressaltamos que não podemos pensar na qualidade como algo restritivo à eficácia técnica, ou a qualidade enraizada apenas nos aspectos referentes aos gastos em saúde ou ainda a qualidade que se interessa apenas pelas percepções dos atores envolvidos (usuários, gestores e profissionais de saúde), mas é preciso entender que a qualidade em saúde não se relaciona, exclusivamente, com um ou outro dos aspectos mencionados, mas é o resultado de uma integração e conexão entre eles (SERAPIONI, 2009).

Portanto, segundo Serapioni (2009)

[...] a qualidade dos serviços de saúde não pode ser reduzida a uma das dimensões identificadas. Somente quando forem integradas reciprocamente, poderão oferecer uma adequada resposta às expectativas e necessidades dos beneficiários dos serviços de saúde (SERAPIONI, 2009, p.78).

Portanto percebemos que o movimento pela qualidade nos serviços de saúde é um fenômeno mundial em decorrência da crescente conscientização de que na sociedade contemporânea, a qualidade é considerada um requisito indispensável de sobrevivência econômica e, mais importante ainda, uma responsabilidade ética e social (ADAMI; MARANHÃO, 1995).

A qualidade dos serviços de saúde está diretamente ligada a segurança do paciente, fato reforçado na resolução 55.18 da Assembleia Mundial da Saúde de 2002 que apontou sobre a necessidade de atenção maior sobre o problema da segurança do paciente e também no estabelecimento de sistemas necessários para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados de saúde prestados (WHO, 2004).

A partir dessa resolução a Organização Mundial de Saúde (OMS) em

2004 lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Esta aliança identificou alguns desafios globais no que tange a segurança do paciente e alguns desses desafios estão diretamente relacionados ao controle das infecções hospitalares. Além de apontar estes desafios também são direcionadas metas com intuito de promover a segurança do paciente, sendo uma dessas metas a redução dos riscos de infecções relacionadas aos cuidados de saúde (WHO,2004).

Portanto, quando falamos em qualidade da assistência hospitalar não podemos deixar de ressaltar que o controle de infecção hospitalar encontra-se entre os parâmetros utilizados na avaliação de qualidade desta assistência (NOVAES; PAGANINI, 1994).

Dentro da perspectiva da avaliação do Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) destacamos alguns estudos brasileiros como o estudo de Silva, C. P. R. (2005) no qual foi elaborado um Manual de avaliação da qualidade das práticas de controle de IH. Este Manual consta de alguns indicadores que buscam avaliar o PCIH em suas diversas dimensões sendo abordados os seguintes temas:

- Estrutura técnico-operacional do programa de controle de infecção hospitalar;
- Diretrizes operacionais de controle e prevenção de infecção hospitalar;
- Sistema de vigilância epidemiológica de infecção hospitalar;
- Atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar.

Os indicadores de estrutura referem-se a aspectos da organização e operacionalização do PCIH; em outras palavras, aos recursos necessários para sua implementação (recursos humanos, espaço físico, normas operacionais, entre outros). Os indicadores de processo, por sua vez, buscaram avaliar a forma de atuação do PCIH (ações de vigilância epidemiológica, assessorias, inspeções e outras) (SILVA C. P. R., 2005).

Este manual foi validado através do estudo Proposta de Avaliação de Programas de Controle de Infecção Hospitalar: Validação das propriedades de medidas e diagnóstico Parcial de Conformidades em Serviços de Saúde do Município de São Paulo (SILVA, 2010).

O estudo realizado em parceria com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e Ministério Público de São Paulo (MPSP) foi o “Controle de Infecção Hospitalar no Estado de São Paulo em 2010”. Este trabalho consta de uma amostra composta por 158 hospitais do estado o que permitiu uma

avaliação de itens essenciais relacionados ao PCIH's, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, áreas de procedimentos críticos, central de esterilização de materiais e questões de biossegurança. Este estudo não se propôs a descrever índices de infecção, mas sim à estrutura existente para o controle e o processo de realização das atividades de prevenção (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010).

Outros estudos na literatura trazem à tona a importância de estudar o controle de IH também sobre uma abordagem qualitativa, ou seja, estes estudos apontam que é fundamental conhecer e entender a percepção do profissional que está trabalhando no controle de infecção uma vez que isso influencia as suas práticas. É importante entendermos que existe uma multiplicidade de fatores que envolve o controle das infecções e não somente fatores objetivos (GUERRA et al., 2010; MOURA et al., 2008; TURRINI, 2004).

Segundo Cerqueira (2006) o desafio da qualidade do PCIH envolve vontade e determinação das pessoas envolvidas no controle de IH, passa pela análise dos recursos disponíveis na sua estrutura, pela harmonia dos fluxos e processos e pelos resultados alcançados.

Como aborda Silva (2003), a IH tem sido vista como um marco, servindo como importante índice da qualidade do cuidado nas instituições hospitalares, e o PCIH deve ser considerado prioritário para garantia da qualidade na área da saúde.

Diante do exposto, percebe-se que a implantação efetiva e a avaliação do PCIH precisam ser alvo de atenção por parte dos formuladores das políticas de saúde, dos gestores das instituições hospitalares, dos profissionais diretamente ligados ao controle das IH's e também a todos profissionais de saúde (CERQUEIRA, 2006).

No nosso estudo buscamos avaliar o controle das IH's de acordo com a percepção dos profissionais inseridos nos SCIH's, CCIH's e Vigilância Sanitária, pois percebemos que a abordagem qualitativa pode focalizar as dimensões que escapam aos indicadores numéricos, analisando a produção subjetiva que permeia as práticas de saúde.

4 O MÉTODO DE DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Atualmente, observam-se, de modo crescente, interesses e realizações de pesquisas qualitativas na área da saúde. A metodologia qualitativa aplicada à saúde não busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo (TURATO, 2005).

Segundo Minayo (2008) a pesquisa qualitativa “[...] permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.” (MINAYO, 2008, p.57).

Além disto, a metodologia qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2008).

Desse modo, para avaliar o PCIH e as ações de prevenção e controle das infecções hospitalares no âmbito da gestão local da atenção à saúde e nas instituições hospitalares locais, optou-se por um estudo de abordagem qualitativa. Pois, como entendemos que muitas vezes num processo de avaliação de um programa em saúde apenas o instrumento quantitativo não é capaz de nos fornecer a profundidade de “como” são feitas as ações, optamos por uma abordagem qualitativa, para entendermos a questão da prevenção e controle das infecções hospitalares na voz daqueles atores diretamente envolvidos nessas ações.

Compreendemos que a avaliação em saúde é um processo com várias facetas e segundo Paduzzi (2000) é preciso tomar em consideração a complexidade dos objetos de estudo e isso significa considerar que não são lineares, mas sim múltiplos, ou seja, os vários aspectos que configuram o objeto de avaliação guardam, entre si, relações de mútua influência.

A partir do momento que a pergunta avaliativa busca compreender com maior profundidade o significado das relações entre o objeto avaliado e as ações realizadas pelos profissionais, este caminho exige uma abordagem com predominância qualitativa (TANAKA; MELO, 2000).

4.1 O cenário da investigação

De acordo com a base de dados do DATASUS (BRASIL, 2009), no município de Juiz de Fora existem 12 instituições de saúde classificadas como hospitais gerais, sendo de natureza filantrópica (03), pública (03) e privada (06).

Para este estudo foram selecionadas seis instituições hospitalares, sendo 2 de cada natureza, no entanto somente 4 instituições de saúde deram parecer favorável para realização da pesquisa, totalizando 02 filantrópicas, 01 pública e 01 privado.

Os critérios de inclusão foram: instituições de saúde classificadas de acordo com o DATASUS como hospitais gerais e de acordo com a natureza pública, privada e filantrópica. Todas as instituições hospitalares possuíam CCIH's.

Critérios de exclusão: serviços de saúde para tratamentos de doenças mentais, centros e policlínicas de saúde, assistência domiciliar e serviços apenas ambulatoriais.

Portanto, constituíram cenários do estudo as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH's) e os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH's) de hospitais gerais de Juiz de Fora de instituições de saúde privadas, públicas e filantrópicas.

Além das instituições hospitalares, foi escolhido também como cenário de estudo no âmbito da gestão local, a Vigilância Sanitária, pois esta faz parte do sistema de prevenção e controle das IH's, uma vez que ela é o órgão do governo responsável pela capacitação, fiscalização e coordenação técnica das CCIH's instaladas em Juiz de Fora.

Os hospitais foram classificados e suas designações da seguinte maneira: Hospital A: hospital público; Hospital B: hospital privado; Hospital C: hospital filantrópico 1 ; Hospital D: hospital filantrópico 2.

Essa caracterização dos sujeitos e cenário foi respeitada em toda a apresentação dos resultados no sentido de assegurar de acordo com a resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996) o anonimato dos participantes.

4.2 Sujeitos

Foram selecionados 22 sujeitos, sendo 02 da Vigilância Sanitária e os demais das instituições de saúde, representados pelos membros da CCIH e SCIH, uma vez que, entendemos que os membros da CCIH e SCIH possuem algumas competências diferentes.

No entanto, ressaltamos que a amostragem na pesquisa qualitativa é definida durante a coleta e análise dos dados, pois é a análise que ilumina o processo de reincidência e define o número de sujeitos para o estudo. Segundo Minayo (2008), a amostragem na abordagem qualitativa preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento. Para a autora, a amostra qualitativa ideal é aquela que reflete a totalidade das diversas dimensões do objeto estudado e não está preocupada com critério de representatividade numérica.

Critérios de inclusão: profissionais que estão designados para as ações de controle das IH's, sendo para SCIH a equipe mínima de membros executores e na CCIH os membros consultores representantes de cada serviço de acordo com a capacidade de leitos do hospital. E na gestão, o coordenador responsável pela Vigilância Sanitária e um técnico em saúde responsável pela fiscalização das infecções hospitalares nos hospitais.

Critérios de exclusão: profissional não designado para realização das ações de prevenção e controle das IH's e aqueles que, mesmo aceitando a participar do estudo, resolvam solicitar ao pesquisador a retirada dos seus dados da pesquisa.

Esta pesquisa obedeceu as normas de Pesquisa com Seres Humanos, segundo a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996). O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF) que concedeu parecer favorável conforme número 291/2009 (Anexo A)

Todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que informou de maneira clara sobre a pesquisa. Os sujeitos assinaram duas vias deste TCLE, sendo uma cópia para o pesquisador e outra para o participante (Apêndice A).

Os fragmentos de registros utilizados neste estudo receberam um código composto pelas letras iniciais das profissões e/ou cargos que ocupam, seguido da

sigla CCIH ou SCIH e do hospital pertencente. As seguintes profissões e ocupações profissionais foram classificadas: Médico: “M”; Farmacêutico: “F”; Microbiologista: “Mi”; Enfermeiro: “E”; Diretor Clínico: “DC”; Diretor Técnico: “DT”; Representante da Administração: “A”; Técnico em Saúde da Vigilância Sanitária Estadual: “TS. VSE”; Coordenador da Vigilância Sanitária Estadual: “C.VSE”. Quando dentro do SCIH ou CCIH tiver mais de um profissional com a mesma função, a letra da profissão será seguida de um número. Exemplo: “E1”

4.3 Estratégia de apreensão das informações

A coleta de dados ocorreu em dois momentos.

A primeira etapa de campo da investigação consistiu em coletar dados referentes aos PCIH's para quais utilizamos o Manual Operacional e Planilhas para Aplicação dos Indicadores do PCIH de acordo com a proposta de Silva, C. P. R. (2005) (Anexo B).

Os indicadores que balizaram a busca dos dados na referida etapa foram: indicador 1- Estrutura técnico operacional do programa de controle de infecção hospitalar; indicador 2- Diretrizes operacionais de controle e prevenção de infecção hospitalar; indicador 3- Sistema de vigilância epidemiológica de infecção hospitalar; indicador 4- Atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar.

Cada indicador é composto por vários componentes que são avaliados e classificados como *atende*, *não atende*, *não aplica* ou *aplica parcialmente*. Depois que os componentes são avaliados é dado um valor para aquele componente. Ao final de cada indicador foi possível estabelecer o valor em porcentagem para aquele indicador. Buscamos a partir dos indicadores e seus componentes nortear a análise dos documentos referentes ao PCIH.

Foi agendado, conforme disponibilidade do responsável pelo SCIH a aplicação do instrumento de avaliação dos indicadores. Esta aplicação foi realizada por meio de análises de documentos que evidenciam a prática referida em cada um dos componentes dos indicadores, sendo a mesma aplicada pela pesquisadora junto ao responsável pelo SICIH.

Para aplicação e cálculo de porcentagem dos indicadores foram seguidas

respectivamente as orientações elaboradas no Manual de Evidências para Aplicação dos Indicadores de Avaliação da Qualidade dos PCIH's (Anexo C) e Manual Operacional e Planilhas para aplicação dos indicadores de PCIH (SILVA, 2010) (Anexo B).

A técnica utilizada no segundo momento foi a de entrevista semiestruturada. Um diálogo orientado em que cada tema proposto foi abordado com perguntas abertas, permitindo que o entrevistado discorresse livremente sobre o mesmo.

As entrevistas foram realizadas com o coordenador e técnico da Vigilância Sanitária e com os profissionais membros das CCIH's e SCHI's selecionados para compor o grupo de sujeitos do estudo (Apêndices B, C e D). As mesmas foram gravadas em MP3 e posteriormente transcritas na íntegra. Todas as entrevistas foram agendadas com os participantes de acordo com a disponibilidade de cada um deles.

Buscando nos discursos dos sujeitos as evidências de aprofundamento do fenômeno em estudo as entrevistas e análises prosseguiram até alcançar saturação teórica das informações. A saturação é encerrar a etapa de apreensão das informações do estudo, isto é, quando se verificar a repetição de dados e a ausência de dados novos (FONTANELLA; RIBAS; TURATO, 2008).

4.4 A organização das informações

Para análise dos resultados primeiramente realizamos uma caracterização dos cenários e seus respectivos PCIH's. Para esta análise descritiva do PCIH foi utilizado o Manual Operacional e as Planilhas para aplicação dos Indicadores de PCIH (Anexo B). Os indicadores da planilha foram demonstrados através de gráficos.

Para análise das falas dos entrevistados utilizamos a técnica de análise Conteúdo. Segundo Bardin (1979) consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1979, p.42).

Segundo Minayo (2008), a análise de conteúdo possui várias modalidades e neste estudo optou-se pela análise de conteúdo temático por mais se aproximar do objeto e objetivo da pesquisa. A análise temática consiste em descobrir os núcleos que compõem uma comunicação. Esta análise tem um ponto central que é o tema. A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de um determinado assunto ou questão e este tema é uma unidade de significação que se desprende do texto analisado de acordo com os critérios relativos as teorias que servem de guia à leitura (MINAYO, 2008).

A análise temática parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, ultrapassando os sentidos manifestos do material, para posteriormente atingir um nível mais profundo, utilizando-se de inferências (MINAYO, 2008).

Na primeira etapa, que trata da leitura flutuante, procedemos a leitura dos dados, extraímos os fragmentos que abordavam as questões norteadoras do estudo e agrupamos em temas e ideias semelhantes explicitadas pelos sujeitos.

Numa segunda etapa, que trata da descrição analítica com codificação, classificação e categorização dos dados, realizamos uma leitura mais detalhada das falas e das planilhas e nomeamos as seis (5) categorias de análise: Percepção dos profissionais na organização dos SCIH's e CCIH's; Atividades de controle de infecção desempenhadas pelos profissionais do SCIH e da CCIH; O controle e prevenção em IH: o lugar da educação permanente; A fiscalização das Infecções hospitalares e sua relação com a Vigilância Sanitária e o desafio no controle das Infecções Hospitalares. A partir destas categorias surgiram também subcategorias relevantes que constituíram detalhamento do foco central.

Estabelecidas as categorias e subcategorias procedemos a terceira etapa, que é a interpretação inferencial, na qual confrontamos os relatos com o referencial teórico do controle e prevenção das IH's, pois, segundo Triviños (2007) a análise de conteúdo adquire força e valor mediante o apoio do referencial teórico.

5 APRESENTANDO AS INFORMAÇÕES E TECENDO AS ANÁLISES

5.1 Caracterização dos PCIH's das instituições hospitalares

Antes de iniciarmos a exposição das categorias, para melhor compreensão da realidade estudada, caracterizamos os PCIH's dos hospitais estudados a partir planilha de indicadores do PCIH proposta por Silva, C. P. R. (2005). Os hospitais foram classificados de acordo com a natureza, ou seja, público, privado e filantrópicos, sendo a classificação da seguinte maneira:

- Hospital A: hospital público
- Hospital B: hospital privado
- Hospital C: hospital filantrópico 1
- Hospital D: hospital filantrópico 2

Após a classificação dos hospitais e análise da planilha foi possível estabelecer características do PCIH e agrupá-las segundo a natureza do hospital.

Baseado na análise dos indicadores do PCIH apresentamos nos gráficos seguintes as características dessas instituições.

O indicador 1 – Estrutura Técnico Operacional do PCIH – refere-se a aspectos organizacionais e avalia a estrutura considerando sua formação e suporte técnico-operacional tais como recursos humanos, infra-estrutura e instrumentos técnicos e administrativos para facilitar a identificação, definição e discussão dos eventos de IH (SILVA, 2010).

Dentro deste indicador analisamos aspectos como: formação do SCIH e CCIH; regimento interno de funcionamento do SCIH; quantidade de profissionais que trabalham efetivamente no SCIH; carga horária dos profissionais do SCIH; realização das reuniões periódicas da CCIH; infra-estrutura adequada do SCIH e outros (SILVA, 2010).

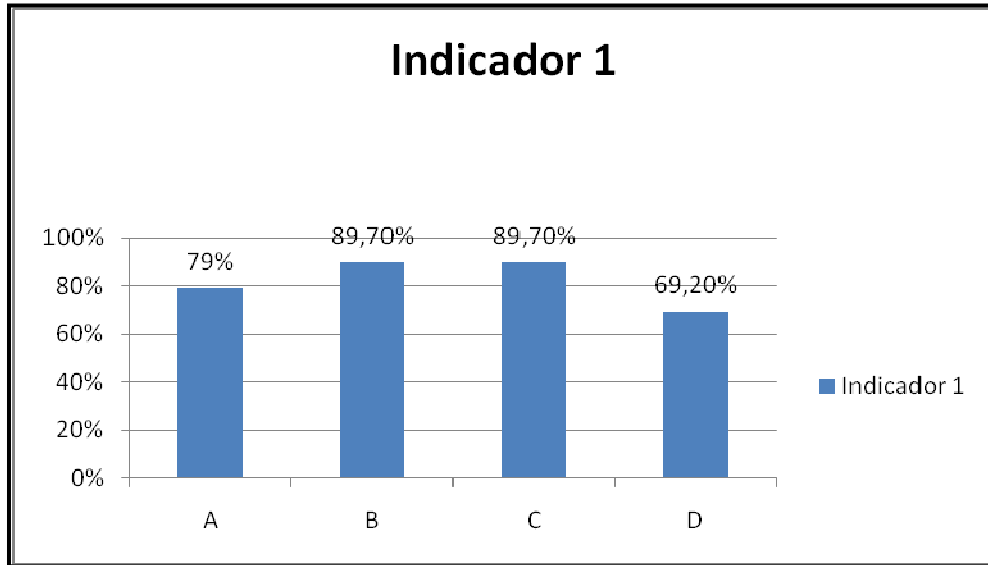


Figura 1. Gráfico 01: Distribuição dos hospitais do estudo segundo estrutura técnico operacional do PCIH
Fonte: Dados da pesquisa

Percebemos que os hospitais alcançaram uma média total de conformidade de 89,1% mas destacamos que o hospital público (A) e filantrópico (D) obtiveram índices menores (Figura 1).

No caso do hospital D não foram atendidos os componentes que tratam da necessidade de ter dois profissionais de nível superior para ações de controle e prevenção e também que o enfermeiro deva atuar de forma exclusiva pelo menos 6h/dia. Além destes ainda não atendeu o componente que trata sobre a disponibilidade de dados fornecidos pela administração para realização de relatórios da CCIH ou SCIH. Já o hospital A não atendeu os componentes que tratam sobre ter outro profissional de nível superior para ações de controle e prevenção e que este atua pelo menos 4h/dia.

O indicador 2 – Diretrizes Operacionais de Prevenção e Controle de IH – avalia a existência de diretrizes e normas operacionais para prevenção e controle das IH's para áreas ou serviços do hospital, em forma de manuais, rotinas e procedimentos operacionais, elaborados e incorporados no PCIH. Este indicador avalia a existência das diretrizes e não como elas são realizadas (SILVA, 2010).

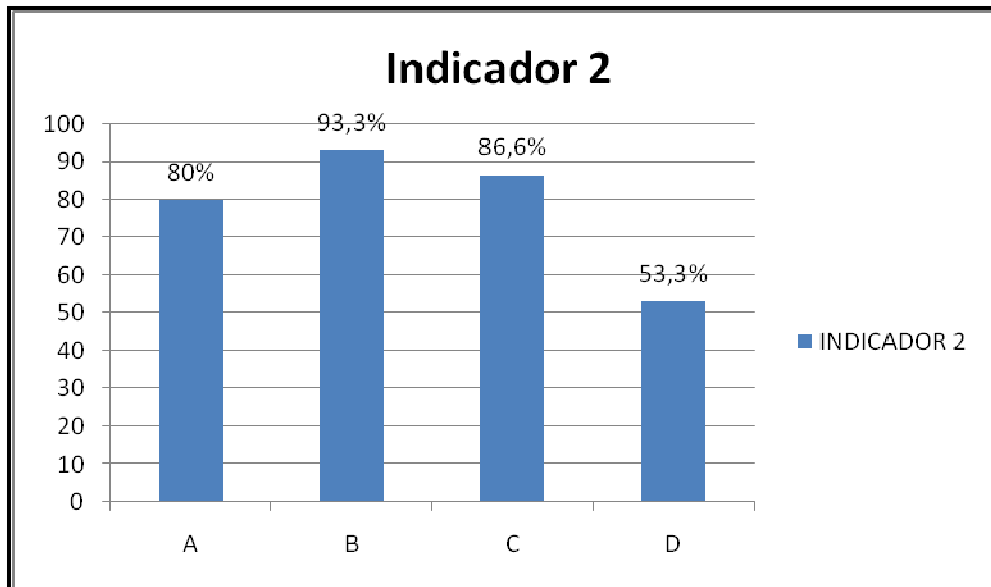


Figura 2. Gráfico 02: Distribuição dos hospitais do estudo segundo as diretrizes operacionais de prevenção e controle de IH
Fonte: Dados da pesquisa

Percebemos que os hospitais A, B e C tiveram índices acima de 80%, já o hospital D obteve um índice baixo, em torno de 50%. Este resultado nos faz refletir sobre as ações que vem sendo realizadas nos hospitais, pois, se não existem recomendações e diretrizes para prevenção e controle das IH's indagamos como tem sido realizadas as ações de vigilância epidemiológica e baseados em quais recomendações e legislações (Figura 2).

O indicador 3 – Sistema de Vigilância Epidemiológica de IH – avalia se o SCIH possui e executa um sistema de vigilância epidemiológica das IH's. É composto por vários componentes como busca e notificação dos casos de IH; elaboração de indicadores epidemiológicos de IH; elaboração de relatórios e outros (SILVA, 2010).

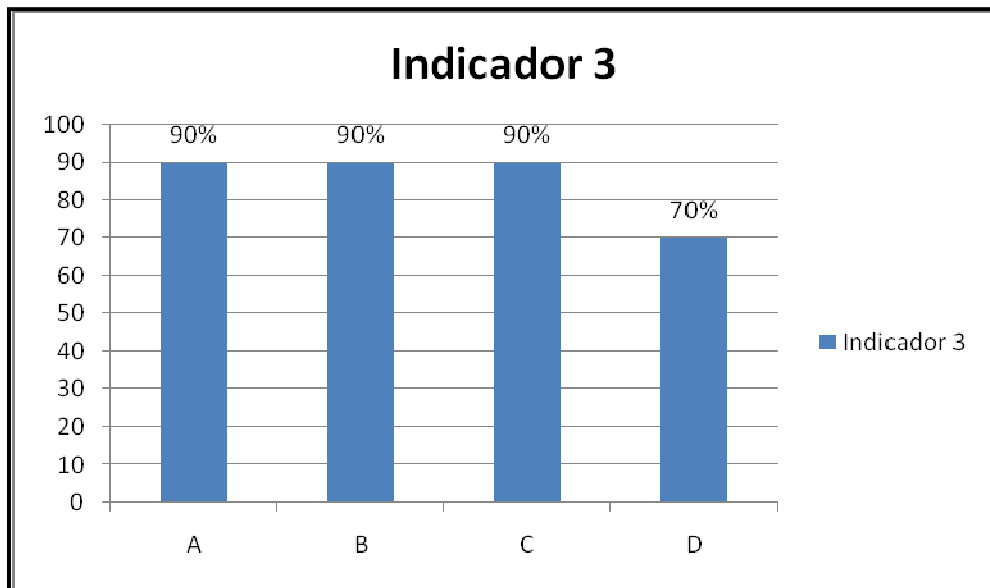


Figura 3. Gráfico 03: Distribuição dos hospitais de estudo segundo o sistema de vigilância epidemiológico de IH
Fonte: Dados da pesquisa

Observamos que os hospitais A, B e C foram homogêneos e alcançaram uma média de 90%. No caso do hospital A e C os componentes não atendidos foram os mesmos: os relatórios correlacionam resultados com estratégias de controle e prevenção adotada (intervenção).

Já o hospital B o componente não atendido foi: critérios pré-determinados para diagnóstico de IH (Figura 3).

O hospital D que obteve um pior índice de conformidade não atendeu os seguintes componentes: critérios pré-determinados para diagnóstico de IH; os relatórios correlacionam resultados com estratégias de controle e prevenção adotada (intervenção) e os relatórios são regularmente disponibilizados aos diversos setores e lideranças da instituição.

A partir disto podemos questionar como fazer vigilância epidemiológica sem critérios pré-definidos para IH? Pois ressaltamos que, para realização de uma vigilância epidemiológica efetiva, é preciso critérios bem definidos tanto da metodologia adotada quanto dos diagnósticos de IH utilizados. Além disso, é importante salientar que, a finalidade da vigilância é no sentido de auxiliar nas medidas de prevenção e controle adotadas, ou seja, as estratégias de prevenção devem ser adotadas também de acordo com os resultados obtidos na vigilância epidemiológica.

O indicador 4 – Atividade de Controle e Prevenção de IH – avalia as atividades que o SCIH realiza no que tange a prevenção e controle das IH's nos diferentes serviços e setores do hospital. Tais atividades compreendem visitas programadas de inspeção; orientações e avaliações de diretrizes introduzidas; participação em reuniões dos setores e realização de consultas e esclarecimentos cotidianos por ocasião de demandas espontâneas (SILVA, 2010).

De acordo com o Manual de aplicação da planilha essas atividades só eram pontuadas a partir do momento em que elas fossem realizadas pelos profissionais do SCIH e os resultados dessas atividades fossem registrados em relatórios (Anexo B).

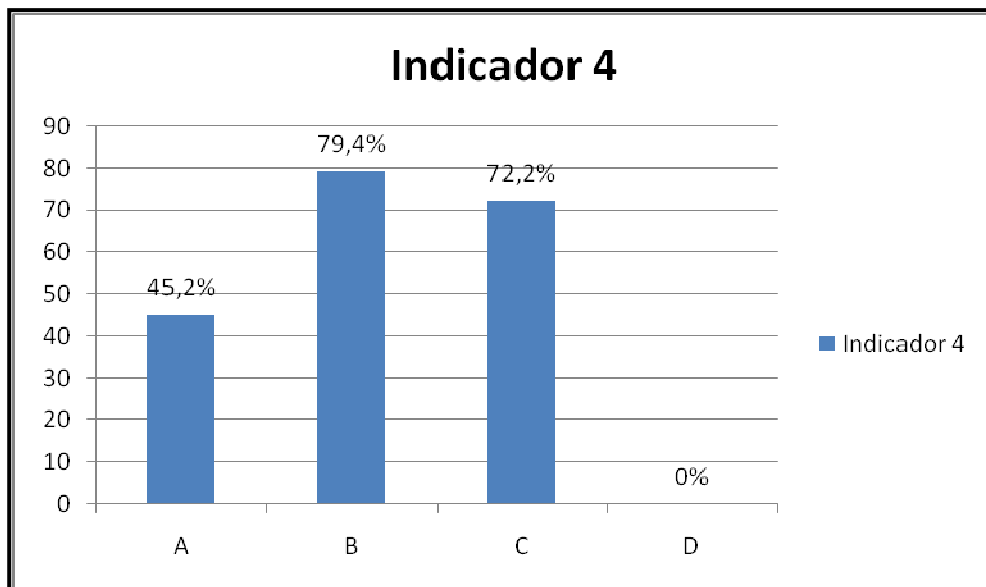


Figura 4. Gráfico 04: Distribuição dos hospitais de estudo segundo as atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar

Fonte: Dados da pesquisa

Percebemos que de todos os indicadores apresentados este foi o de pior desempenho. Ressaltamos que o hospital D apresentou 0% de conformidade porque apesar da entrevista com o profissional o mesmo dizer que realiza atividades em alguns setores e serviços isso não foi documentado, ou seja, para que fosse aceito os resultados das atividades deveriam ser registrados.

Ressaltamos que algo fundamental para o controle das IH's é a educação permanente em saúde e salientamos que esse indicador avalia as ações educativas

que o SCIH realiza nos setores e serviços.

5.2 Categoria 1: Percepção dos profissionais na organização dos SCIH's e CCIH's.

Trabalhar com prevenção e controle de Infecção Hospitalar é uma tarefa que exige compromisso e dedicação não apenas da parte dos profissionais diretamente ligados a ela, mas como de todos aqueles que se encontram inseridos na assistência hospitalar.

É fundamental entendermos o que direciona os profissionais de saúde do SCIH e CCIH a trabalharem em controle de infecção, uma vez que esse fato refletirá diretamente na sua prática assistencial. Por isso é importante uma reflexão sobre a questão da motivação/razão em trabalhar com infecção hospitalar. As falas dos profissionais a seguir expressam as razões pelas quais foram inseridos nessas atividades:

“O Diretor Clínico me chamou como eu era infectologista pra entrar na Comissão.” (M. SCIH. Hospital D)

“Demanda do cargo de Direção na época e a necessidade de ter o serviço funcionando né? Então por saber que o SCIH ele é fundamental para assistência dos pacientes do hospital.” (M. CCIH. Hospital A)

“Eles me convidaram primeiro pra ter uma participação da responsável técnica da instituição para ta integrando com a comissão ate porque é uma norma né? Para ta formando a comissão tem que ter o responsável técnico da enfermagem, foi assim que me ingressei.” (E. CCIH. Hospital C)

“Aproximadamente há uns 3 anos eu assumi o cargo de gerente administrativa e faz parte dessa função também estar junto com a CCIH, porque todas as decisões, muitas decisões tem que ser tomadas em conjunto.” (A. CCIH. Hospital D)

“Foi por exigência da legislação que determina que exista na CCIH representante da alta administração da empresa.” (DT. CCIH. Hospital B)

“É porque é obrigatória a participação do farmacêutico na CCIH, e como eu sou RT eu fui convidada a participar.” (F. CCIH. Hospital A)

“Quando nós assumimos a função de Direção Clínica, isso faz parte legalmente, exigência do conselho regional de medicina sendo uma atribuição de Diretor Clínico organizar várias comissões do hospital. Então eu entrei pra cumprir as normas do conselho regional de implantar as comissões.” (DC. CCIH. Hospital B)

“Através mesmo da minha função como responsável técnica do laboratório, até para adquirir orientação, informação para o meu pessoal né?” (F. CCIH. Hospital A)

“Na verdade eu não esperava que fosse trabalhar no serviço, e fui convidada pelo Diretor Clínico.” (E. SCIH.Hospital D)

Foi possível observar que a maioria dos profissionais que fazem parte da CCIH e do SCIH não optou em trabalhar nessa área, mas a participação foi devido ao cargo que ocupam e pelo fato de existir uma legislação que obrigue as instituições hospitalares a formarem a CCIH e SCIH com representantes de diferentes áreas da saúde.

A portaria que define a organização estrutural da CCIH e do SCIH é a de n. 2.616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998) e exige que a CCIH de hospitais com mais de 70 leitos sejam formadas por membros do serviço médico, de enfermagem, da microbiologia, da farmácia e da administração. Esta mesma portaria é clara quanto a nomeação desses membros da CCIH e traz no capítulo 4 que caberá a autoridade máxima da instituição hospitalar nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio (BRASIL,1998).

Essa prerrogativa está evidente nas entrevistas, porque muitas vezes o profissional que está na CCIH não tem motivação para estar ali, foi imposto a ele devido a sua função e necessidade da instituição em cumprir a lei.

Esse fato reflete no verdadeiro papel da CCIH, porque apesar da legislação 2616/98 designar as competências da CCIH, o que muitas vezes presenciamos é uma CCIH não atuante, o que podemos perceber nas seguintes falas:

“Olha o meu desafio agora que eu acho que é um grande gigante, diante de mim é tentar fazer que os membros da CCIH sejam atuantes sabe? Possam aderir essa campanha para redução e venham a incorporar isso neles sabe? A questão da CCIH, eles são a CCIH, nós temos que discutir sabe? (E. SCIH. Hospital A)

“Temos e percebemos uma série de dificuldades apresentadas pelos hospitais e, temos elaboração da própria Comissão, e atuação dessa Comissão e de elaboração e cumprimento do PCIH elaborado por esta Comissão. É difícil, os profissionais da comissão têm pouco tempo pra isso, são poucos profissionais. Acho que deveria reformular esta parte de CCIH e o próprio PCIH deveria ser, teria que ter um novo planejamento para que pudesse atuar com mais afinco, com mais dedicação e responsabilidade, para colher melhores resultados.” (TS. VSE)

Silva e Souza e outros (2002) já apontavam essa discussão quando colocaram que um desafio no controle de infecção é a existência de CCIH fantasmas e burocráticas que não cumprem o seu papel no controle das infecções. E questiona com prevenir infecção, quando não se tem o mínimo indispensável que é um serviço estruturado que apoie, normatize, implemente e avalie as ações de prevenção e controle?

Outro aspecto importante é a questão da carga horária dos profissionais executores membros do SCIH. A portaria n.2.616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998) indica que um dos membros do SCIH deve ser de preferência um enfermeiro e que ele tenha carga horária de 6 horas/dia e os demais profissionais de nível superior do SCIH tenham 4 horas/dia. Além disso, a portaria também exige que para hospitais com leitos de pacientes críticos os membros do SCIH deverão ter acrescidas duas horas semanais de trabalho para cada 10 leitos críticos (BRASIL, 1998).

Estes dados podem ser percebidos nas entrevistas:

“Fico 8 horas de segunda a sexta. Se tiver alguma notificação imediata no fim de semana, as enfermeiras que estão de plantão notificam e na segunda feira a gente passa a notificação pra Vigilância Epidemiológica.” (E1. SCIH. Hospital C)

“Sim, 8 horas por dia... Fim de semana não funciona o SCIH.” (E 2. SCIH. Hospital C)

“As minhas horas aqui são 12/36. Não é todo dia não é 12/36, mas eu trabalho direto aqui. Porque no caso aqui um dia eu sou enfermeiro e outro dia como técnico efetivo.” De 07 as 19 horas, tem hora que fico tenso, nervoso... desempenho a mesmo função sou técnico efetivo e enfermeiro contratado e trabalho dessa forma e o serviço não fica sem profissional.” (E. SCIH. Hospital A)

“Um ano depois que eu assumi o SCIH é que ele (o Diretor Clínico), o RT foi embora, aí ele pediu pra eu assumir a responsabilidade técnica, aí eu pedi que eu só assumiria se eu permanecesse no SCIH...” (E. SCIH. Hospital D)

Ao analisarmos as falas dos sujeitos e o indicador 1 que trata da Estrutura Técnico Operacional do PCIH, evidenciamos que apenas o enfermeiro do SCIH em sua maioria atua com dedicação exclusiva no serviço e que o outro profissional de saúde não atua de forma exclusiva na carga horária exigida por lei. Outro aspecto evidenciado nos dados apreendidos é que a carga horária do enfermeiro ultrapassa as 6horas/dia, mas isso ocorre porque no fim de semana o SCIH não funciona, ou seja, o profissional enfermeiro ultrapassa as horas/dia exigidas por lei para que ele não tenha que trabalhar no fim de semana.

No caso do Hospital A verifica-se que o enfermeiro do SCIH assume essa função alternada com o cargo de técnico de enfermagem, mas que efetivamente ele exerce somente a função de enfermeiro do SCIH.

Em relação à carga horária dos enfermeiros também foi evidenciado que no Hospital D a enfermeira do SCIH também exerce outra função ao mesmo tempo em que exerce a função de enfermeira do SCIH.

O que observamos também é que o outro profissional de saúde de nível superior do SCIH que não o enfermeiro atua na maioria das vezes como consultor, ou seja, não existe um horário ou carga horária de trabalho a cumprir. Em toda realidade estudada este outro profissional era um médico infectologista.

Como exemplo do que vinha acontecendo era que o infectologista muitas vezes não recebia pelo serviço prestado nessa área, depois passou a receber um prolabore e posteriormente por exigências legais passou ser contratado.

“Nesta época foi começada a compor o serviço, embora que naquela época a gente era voluntário, não recebia absolutamente nada, durante vários anos a gente não tinha nenhum tipo de remuneração, nem o prolabore. Então era assim, o hospital queria que tivesse a equipe, mas “vamos trabalhar de graça”, era uma coisa mais ou menos assim... os médicos não tinham nenhum tipo de remuneração, trabalho voluntário. Depois a gente passou a receber um prolabore, mas não existia vinculo, e depois foi com as maiores exigências externas e que resolveu fazer uma contratação formal.” (M. SCIH. Hospital C)

“Não tem horário fixo, é consultoria... Mas eu aqui recebo pro labore que tá muito abaixo do piso.” (M. SCIH. Hospital B)

“Tem uns 3 meses que tá sem médico, mais ou menos. Nós estamos esperando né? Aí muitas coisas ficam paradas, principalmente a parte de antibiótico né?” (E.CCIH. Hospital A)

Ressalta-se que não basta apenas cumprir as exigências legais, é preciso atuar de forma efetiva no controle das infecções hospitalares, mas para isso é necessário uma valorização do profissional de saúde que trabalha no SCIH e também um maior comprometimento das instituições de saúde em valorizar esse trabalho que é o controle das infecções.

Portanto, apesar da exigência legal de se ter profissionais de saúde para trabalhar no SCIH e que estes tenham uma carga horária específica, o que evidenciamos é que isso não acontece em nenhuma das realidades estudadas.

“O desafio é ter o SCIH reconhecido, então acho que um reconhecimento maior.” (M.SCIH.Hospital B)

“A gente ganha muito pouco pelo tanto de responsabilidade que a gente tem, é muito pouco, é desmotivador o salário.” (E, SCIH, hospital B)

Segundo Silva e Souza e outros (2002), um dos grandes desafios para o controle das infecções hospitalares é a política existente nas instituições e a baixa remuneração dos profissionais de saúde inseridos no SCIH. Podemos ainda perceber nas falas dos profissionais a insatisfação quanto ao não reconhecimento pelo seu trabalho.

No entanto, além da exigência legal, outro fato que também obriga as instituições a terem um PCIH funcionante é a questão do processo de acreditação, ou seja, a busca pelas instituições de saúde de certificado de qualidade, os quais exigem padrões específicos para controle do risco infeccioso e que devem ser cumpridas integralmente, o que também evidenciamos de acordo com os depoimentos:

“[...] porque na verdade o serviço de controle é um serviço de controle de qualidade.” (M. SCIH. Hospital C)

“Falaram que se não tiver enfermeiro da CCIH nem adianta, primeira coisa que vocês precisam fazer é contratar um enfermeiro pra CCIH, porque não tinha.” (E. SCIH. Hospital B)

“Inclusive agora entramos num circuito com um grupo, pra gente entrar num programa de qualidade, de acreditação, lógico que o viés maior disso tudo é a CCIH, a CCIH tem relação com todos os setores do hospital.” (DC. CCIH. Hospital B)

O trabalho de um PCIH vem sendo considerado com um paradigma do controle de qualidade na assistência à saúde. Segundo Silva (2010) em seu estudo, foi possível identificar que as médias de conformidades às diretrizes de controle de infecção foram melhores nas instituições de saúde com algum processo de qualificação ou acreditação.

A acreditação de qualidade em saúde compreende a capacidade ou desempenho da instituição de saúde de focar questões de melhoria e alcance de padrões excelentes de qualidade e não apenas a conformidade mínima estabelecida por lei (ROONEY; VAN OSTENBERG, 1999).

No caso da nossa realidade estudada, os hospitais B e C estão passando por momentos de acreditação e identificamos que muitos componentes dos indicadores eles apresentaram melhor conformidade se comparados aos hospitais A e D que não possuem ou não estão buscando a acreditação de qualidade.

Evidenciamos que para a instituição hospitalar alcançar o processo de acreditação existem exigências e uma delas é uma CCIH com estrutura completa e atuante, pois o controle da infecção é um dos componentes do controle da qualidade da assistência prestada naquele local.

Pensando, então, nesta categoria como a parte estrutural e organizacional da CCIH e SCIH e, além disso, as motivações e razões em se trabalhar em controle de infecção hospitalar, percebemos que temos muito que avançar na organização das CCIH's e SCIH's.

É fato que depois das legislações que exigem dos hospitais uma formação e funcionamento mínimo do SCIH e CCIH, e também com os processos de qualificação das instituições de saúde, os serviços se viram obrigados a cumprir algumas exigências, mas o que percebemos é que isso não é suficiente para a realização efetiva do controle das infecções, é necessária uma maior valorização do profissional de saúde, é importante um maior reconhecimento do SCIH por parte das

instituições de saúde.

Portanto, mesmo com todo aparato legal em relação a composição e organização do SCIH e CCIH, evidenciamos um cenário em que ainda constitui-se um desafio: o cumprimento da legislação mas é preciso agir efetivamente no controle das IH's, é necessário um maior comprometimento dos profissionais e das instituições de saúde.

5.3 Categoria 2: Atividades de controle de infecção desempenhadas pelos profissionais do SCIH e da CCIH

Baseado na legislação vigente – portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998), a CCIH e SCIH possuem diferentes competências, e podemos observar nas falas dos entrevistados e na planilha dos indicadores que os SCIH's e CCIH's das instituições hospitalares avaliadas desempenham muitas dessas funções. No entanto, é preciso fazer uma reflexão do que realmente tem sido alcançado de resultados diante dessas ações.

A portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998) define várias competências da CCIH e do SCIH no que tange o controle e prevenção das IH's. Aqui destacaremos para análise as seguintes competências: controle e padronização dos antimicrobianos; vigilância epidemiológica das IH's; competências ligadas à estrutura administrativa e IH: o papel das informações no controle.

5.3.1 Controle e padronização dos antimicrobianos

A preocupação com o controle e padronização dos antimicrobianos ocorre devido a aumento significativo do uso irracional dos antimicrobianos, algo que tem favorecido diretamente na resistência cada vez maior dos microorganismos. Além disso, ressaltamos que o uso irracional dos antimicrobianos acarreta no aumento dos custos hospitalares. Pensamento compartilhado nas falas dos profissionais:

“É um dos grandes papéis o médico do SCIH, ele tem que fazer controle de antibióticos, não é só você padronizar o uso do antibiótico é de alguma forma levar isso para o Corpo Clínico, através de treinamento, através de guia, de orientação, que vão ficar no sistema.” (M. SCIH. Hospital C)

“A minha principal função é sobre o controle dos antimicrobianos, a padronização dos antimicrobianos, a liberação dos relatórios de consumo, os antibióticos de maior impacto na resistência a gente tem que fazer restrição de uso também. Então a minha parte com relação a CCIH fica mais restrita as uso de antimicrobianos, opino em outras questões de controle de infecção, mas o papel principal diz respeito ao uso de antimicrobianos.” (F. CCIH. Hospital C)

“Avaliar as medicações. Ou seja, apresentação, dosagem, para determinar posologia, pra determinar a quantidade de medicamento que vai usar. A gente faz com controle de autorização, de justificativa de antibiótico. A gente imbuete um pouco do controle de uso racional da medicação também nessa questão de controle de infecção.” (F.CCIH. Hospital D)

“[...] a gente tem as atividades que a gente faz de controle de antibiótico né? A gente analisa todos os antibióticos de uso para infecção hospitalar, infecção comunitária, para profilaxia cirúrgica, clínica né?” (M. SCIH. Hospital D)

“A gente lida mais com a parte de antibióticos, agora dos germicidas, de padronização, fica mais com isso mesmo. É mais a listagem mesmo, quais os antibióticos vão ser padronizados aqui no hospital.” (F. CCIH. Hospital A)

Percebemos com as informações levantadas no instrumento da planilha no indicador 2 - Diretrizes Operacionais de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar que todos os hospitais possuem as diretrizes para uso racional de antimicrobiano e observamos também nas falas que esta função é citada como parte das atividades realizadas principalmente pelo farmacêutico, microbiologista e médico infectologista.

Segundo Silva e Souza e outros (2002), mesmo quando o hospital consegue estruturar um SCIH acabam esbarrando em outros problemas, como é o caso da evolução dos microrganismos que apresentam resistências cada vez maiores, determinadas pelo uso indiscriminado dos antimicrobianos e também pela evolução rápida dos microrganismos. Apesar dos genes que determinam a resistência a antimicrobianos existirem na natureza e precederem ao uso clínico destas drogas, esta resistência aumentou muito a partir do final da década de 60, ou seja, com uso indiscriminado dos antimicrobianos.

De acordo com o resultado das entrevistas, o controle do uso de

antimicrobiano é um dos pontos mais importantes da CCIH e SCIH. Observamos que todos os hospitais da realidade estudada realizam esse controle, mas apontamos também que existem dificuldades para realização efetiva desse controle.

Uma dificuldade referida é a resistência de muitos profissionais por pensarem que o SCIH está interferindo na sua conduta terapêutica e também por parte do SCIH que muitas vezes não pode atuar devido questões éticas, como expressado na seguinte fala:

“E existe uma serie de questão envolvendo auditoria de antibióticos, porque o médico é soberano para prescrever o antibiótico, mas ao mesmo tempo, o médico, a gente sabe que o controle, o uso adequado do antibiótico é importante não só pra aquele paciente, mas para toda realidade lá fora. Então o uso abusivo, inadequado, indiscriminado vai gerar um prejuízo não só para aquele paciente, mas muito mais amplo”. (M. SCIH. Hospital C)

“A principio é comentar, ele é soberano... mas tem situação que eu posso do ponto de visto ético impedir aquele antibiótico, em caso de risco de morte. Então em caso onde aquele antibiótico não tem concentração naquele sitio, onde o paciente pode morrer, é diferente, agora fora isso é uma situação mais complexa... agora eu mudar a conduta do colega a não ser que ele cause risco para o paciente eu posso fazer tá?” (M. SCIH. Hospital C)

“Muito antibioticoterapia empírica sem... de amplo espectro sem uma definição específica né? Muito tiro no escuro entre aspas.” (M. CCIH. Hospital A)

Outro aspecto dificultador apontado pelos sujeitos do estudo foi a questão da justificativa do antimicrobiano. Em toda realidade estudada existe uma justificativa que deve ser feita para que a farmácia libere o antimicrobiano. No caso do hospital C esta justificativa é feita online, mesmo porque neste hospital a assistência é toda informatizada. No restante dos hospitais toda justificativa é feita em um formulário.

Independente da justificativa ser informatizada ou não, existem dados fundamentais que devem ser preenchidos na justificativa, como: nome do paciente, tempo de tratamento, profilaxia ou terapêutica, se existem culturas ou não, hipótese diagnóstica e outros. Os relatos dos profissionais que lidam no seu cotidiano com essas demandas trazem essas lacunas para serem analisadas e refletidas quanto a mudança de comportamentos:

“[...] a gente pega muitas vezes justificativa não preenchida completamente, então a gente perde dados nisso né? E a captação dos dados corretos pra gente pode ter um controle efetivo do que tá sendo usado pra gente saber que tipo de infecção, acho que seria isso.” (F. CCIH. Hospital A)

“A gente... o antibiótico é dispensado com a justificativa. Isso é uma coisa muito difícil em todo lugar normalmente tem, mas não sempre aquilo é preenchido de uma forma né? Adequada... Então assim, a gente tem que avaliar a requisição do antibiótico, mas tem que avaliar o caso como um todo. Para gente até fazer esta estatística de IH, o diagnóstico real de IH né?” (M. SCIH. Hospital D).

“Facilitou muito o sistema informatizado, na verdade, em termos de obtenção de informação, facilidade de dados, é muito mais rápido e bem mais tranquilo, porque ele não justificar ele não consegue prescrever... Então é uma auditoria mais ativa e mais eficiente do que era feita antes...” (F. CCIH. Hospital C)

O que apreendemos na realidade estudada é que muitas vezes essa justificativa não é preenchida de forma correta e que isso interfere na realidade dos indicadores, e principalmente, a liberação de antimicrobiano sem uma justificativa correta pode acarretar em resistências microbianas.

No caso do hospital C em que a justificativa é feita online percebe-se que isso é um facilitador para o controle do uso de antimicrobiano.

Foi possível identificar que nos hospitais onde existe algum tipo de prontuário informatizado as ações de controle são mais efetivas e principalmente mais rápidas.

Outra questão que dificulta o trabalho de controle de antimicrobiano é o tempo que o médico do SCIH permanece no hospital. Em um dos casos o que acontece é uma consultoria, ou seja, o médico do SCIH não tem um horário a cumprir e o controle de antimicrobiano é a partir de pareceres médicos.

“É mais a base de parecer mesmo, se tem alguma dúvida em relação ao esquema de antibiótico.” (M. SCIH. Hospital B).

Entretanto, ressaltamos novamente que a legislação – Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998) – exige que se tenha outro profissional de saúde de nível superior com dedicação de mínimo de 4 horas diárias e, no entanto, isso não vem sendo observado.

Outro fato apreendido é que o controle da dispensação do antibiótico é feito sempre pela farmácia e o controle do uso é feito pelo médico infectologista do SCIH, mas que nem sempre existe consonância de tempo.

Portanto, apesar de sabermos que para um efetivo controle e prevenção das IH's um dos pontos primordiais é o controle do uso de antimicrobianos, percebemos na realidade estudada que ainda é um desafio a ser superado.

5 3.2 Vigilância epidemiológica das IH's

Outra ação importante levantada nas falas e também na planilha do indicador 3- Sistema de Vigilância Epidemiológico de Infecção Hospitalar – é a questão de quais são as ações de vigilância epidemiológica e como são realizadas estas ações.

A portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998), no item 3 do Anexo I, traz que umas das competências da CCIH é implementar um sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, bem como as orientações com quais ações e indicadores a CCIH deverá realizar.

Trazemos aqui informações que representam ações de vigilância epidemiológicas realizadas pelas CCIH's e SCIH's.

“Nós fazemos busca ativa nos setores, é... fechados, CTI's e berçário de alto risco... Então nós vamos neste setores, avaliamos os pacientes que tem, que são predisponentes, que tem fatores predisponentes pra IH... então a gente tem essa vigilância nestes pacientes destes setores que eu citei.” (E1. SCIH. Hospital C)

“Faço a busca ativa né? Tem um formulário que eu preencho, preencho o formulário, muita coisa que eu até no sistema de informática. É que a passiva seria olhando por aqui e ativa indo lá. Faço as duas. Ah eu olho pela solicitação de antimicrobiano que é o que eu pego na farmácia, aí eu passo pra olhar o que é que ta acontecendo realmente com aquele paciente.” (E. SCIH. Hospital B)

“E a minha função basicamente aqui, é esse o objetivo da CCIH, controlar e reduzir a infecção hospitalar, por meio de coleta de dado como a busca ativa, busca fonada, a educação continuada. A minha primeira ação é levar essa informação aos funcionários né? e também fazer a busca ativa, em questão de achar foco, achar o problema, E esse problema eu levo a CCIH, e discutimos. A gente discute o que é melhor pra gente fazer pra minimizar isso... a busca ativa eu faço de paciente em paciente no CTI, que eu sou obrigado, é um setor crítico, fazer essa acompanhamento diariamente. Faço a inspeção. Observo as prescrições de antibióticos, os exames.. A questão de taxa de leucócitos é muito importante. Observo pela nossa busca ativa o início e o término da cada procedimento invasivo sabe? Então a gente faz esse acompanhamento no CTI.” (E. SCIH. Hospital A)

“Busca ativa no hospital inteiro, porque só o CTI não é padrão, então pra mim é mais interessante até é nas clínicas, principalmente clínica médica. A busca ativa é diária, eu vou nos setores, nos andares, CTI, todos os setores, clínica cirúrgica, clínica médica e CTI.” (E. SCIH. Hospital D)

A vigilância epidemiológica das infecções hospitalares: “é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e distribuição entre os pacientes hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna de prevenção e controle.” (BRASIL, 1998, p.6).

Existem vários métodos de vigilância epidemiológica das infecções e eles se diferem quanto aos objetivos propostos e a abrangência desejada. Portanto o sistema de busca de casos pode ser ativo ou passivo; pelo período de observação, ela pode ser retrospectiva ou prospectiva; e quanto à abrangência, que pode ser global ou por componentes (ERDMANN; LENTZ, 2004).

Apesar da portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998) recomendar o método de busca ativa para a vigilância epidemiológica é permitido que a CCIH escolha o método de vigilância mais apropriado de acordo com as características do hospital, estrutura de pessoal e natureza da assistência. Portanto, de acordo com o hospital e suas características vamos observar a presença da busca ativa global ou por componentes e também a utilização da busca passiva.

A busca ativa é quando o profissional do SCIH vai ao local onde se encontra o paciente. A vantagem deste método é que como há necessidade de maior número de visitas aos locais onde se encontram os pacientes há maior oportunidade de trocas de informações entre os profissionais do SCIH e os profissionais da ponta. O

profissional do SCIH baseia-se em resultados laboratoriais, fatores de risco, busca no prontuário durante a visita nas unidades e outros. Além disso, possibilita a oportunidade do SCIH aprender sobre o dia-a-dia das unidades assim como educar sobre controle de infecção (ABRUTIN; TALBOT, 1987; DALTOÉ, 2008; RESENDE, 1998).

Segundo Resende (1998), outra vantagem da busca ativa é que ela possui maior sensibilidade, ou seja, ela demonstra taxas de IH's maiores quando comparadas ao método passivo de coleta. Além disso, permite a identificação precoce das infecções, análise dos fatores de risco e medidas de controle durante a internação.

A busca passiva já ocorre quando se utiliza informações fornecidas por outros profissionais, que em geral não estão treinados uniformemente para os registros. Este método tem sido visto como pouco acurado para a detecção rotineira de infecções hospitalares. As técnicas utilizadas são preenchimento de formulários por médicos ou enfermeiros não pertencentes ao SCIH e revisão retrospectiva dos prontuários dos pacientes pelo SCIH, ressaltando que neste caso a infecção já ocorreu (ABRUTIN; TALBOT, 1987; RESENDE, 1998).

Em toda realidade estudada o método de busca ativa é utilizado, além de realizaemr complementação com a busca passiva.

Segundo Daltoé (2008) a metodologia de busca global é quando todos pacientes internados são submetidos à vigilância, e ela pode ser aplicada de forma sistemática em todos pacientes internados ou aplicada em diferentes áreas específicas do hospital de maneira rotativa e por períodos determinados de tempo.

Já a busca por componentes consiste na vigilância dos processos assistenciais realizados em unidade de risco maior, como as Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Infantil, os berçários de alto risco, unidade de procedimentos cirúrgicos, unidade de queimados e outros (BRASIL, 1998; DALTOÉ, 2008).

Dos hospitais estudados 25% (hospital D) realizam busca global das IH's, os demais realizam busca por componentes. Este fato deve-se ao hospital D possuir menos de 70 leitos de internação.

A própria Vigilância Sanitária quando faz a inspeções nos hospitais no que tange ao controle de infecções hospitalares tem em seu roteiro de inspeção a RDC 48 de 2 de junho de 2000 (BRASIL, 2000), a possibilidade de a instituição hospitalar realizar a busca por componente ou global, principalmente de acordo com o

tamanho do hospital e suas características próprias como a presença ou ausência de unidades críticas, o perfil da assistência de saúde prestada e outros.

Portanto, apesar das falas e dos dados da planilha demonstrarem as ações que estão sendo realizadas pelo SCIH e CCIH o que observamos é que os dados levantados no processo de vigilância epidemiológica nem sempre são trabalhados na perspectiva efetiva de prevenção das IH's. Eis uma questão: o que tem sido feito com esses dados levantados na vigilância epidemiológica?

Identificamos nas falas informações no que diz respeito a não utilização dos dados epidemiológicos como norteadores para realização das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares. Vejamos os recortes das falas a seguir:

“É fazer a busca ativa, fazer os relatórios, tá identificando, fazer o perfil bacteriológico, a gente faz o perfil, a gente divulga, tem um relatório que a gente tá começando a divulgar, mas assim, eu ainda tenho um certo receio, as vezes de como a gente faz essa divulgação e para certas pessoas, porque como vai entender isso, como que vão interpretar apesar no nosso nível de infecção tá dentro dos parâmetros.” (E. SCIH. Hospital D)

“Mas na verdade o que é muito importante, que a gente vem falhando, é o que fazer com esses dados, em termos assim: vamos tomar uma medida mais importante.” (M. SCIH. Hospital C)

“Por enquanto não. Por enquanto não tá tendo não... mostrar planilhas de sensibilidade ainda não tem. A gente tá formando isso aqui no sistema pra futuramente a gente conseguir sentar e conversar com eles.” (E. SCIH. Hospital A)

“... Mensalmente a gente faz o relatório, mas aí eu falo com as meninas, mas é informalmente. O relatório ainda não é passado para o setor, meio que guardo mesmo e vamos tentar trabalhar pra evitar.” (E. SCIH. Hospital D)

“Olha eu coloco o relatório em todos os setores, entrego para o enfermeiro aí ele guarda em uma pasta e o outro prega no quadro de avisos, então todos os setores tem... eu até falo com a enfermeira que tá lá na hora, como que tá o índice de infecção, se tá bom, se tá ruim, se aumentou, se não aumentou, se tá mantendo.” (E. SCIH. Hospital B)

É importante salientarmos que a Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998), quando traz as competências da CCIH e do SCIH, aponta que não basta realizar a vigilância epidemiológica, mas é preciso levar as informações a toda comunidade do hospital.

A legislação acima citada destaca que a CCIH deve avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo sistema de vigilância epidemiológica e aprovar as medidas de controle e prevenção baseadas nessas informações. Além disso, a orientação é que a CCIH não apenas elabore esses relatórios com os indicadores epidemiológicos, mas que possa interpretá-los e analisá-los, e que sejam divulgados a todos os serviços e direção, promovendo um amplo debate em toda comunidade hospitalar.

Apesar de realizar a vigilância epidemiológica, o que se percebe é uma supervalorização da coleta de dados e o que acontece é que essas ações de vigilância epidemiológica não geram ações de controle. Lacerda e Egry (1997) trazem que a coleta de dados e estabelecimento dos indicadores ocupa a maior parte de tempo dos enfermeiros do SCIH e o que era para ser um norteador das medidas de prevenção e controle acaba sendo os únicos resultados e ações desempenhadas pelo SCIH.

Existe uma discussão calorosa em relação ao comprometimento do profissional de saúde aderir às ações de prevenção e controle da IH no seu dia a dia. Discute-se muito sobre o conhecimento e mudança de comportamento do profissional de saúde em relação a prevenção das infecções, mas não paramos para questionar o que realmente os profissionais de saúde que lidam com o paciente do seu cotidiano sabem sobre o diagnóstico situacional das infecções no setor que ele trabalha.

5.3.3 Competências ligadas à estrutura administrativa

Outro aspecto analisado é a parte que trata da liberação de verba pela administração do hospital para mudanças estruturais, materiais e de recursos humanos. Nas entrevistas percebemos sensibilidade da administração no sentido de corrigir as inconformidades.

“Eu recebo todos os relatórios assinados pela coordenadora e enfermeira responsável que me apontam as inconformidades que estão ocorrendo e solicitam as providencias que são necessárias para corrigir as inconformidades contatadas.” (DT. CCIH. Hospital C)

“Medidas como obras... é aprovação de obra... de... de... projeto que envolva custo, valor monetário, mais em relação a isso.” (A. CCIH. Hospital C)

“Então a função é participar das reuniões para tomar ciência de todos os desenvolvimentos, das atividades da Comissão, e implementar junto a direção técnica e administrativa as medidas que a CCIH preconiza como necessárias. Então nossa função é essa. Discutir, interar do assunto e a partir dali implementar as providencias sugeridas nessas reuniões periódicas.” (DC. CCIH. Hospital B)

“[...] tá levando decisões, tem que ser levadas ao conhecimento da diretoria e ta avaliando tanto junto da comissão quanto a diretoria qual que vai ser o procedimento que a gente vai ta realizando.” (A. CCIH. Hospital D)

No entanto, a realidade estudada mostrou que muitas vezes o que ocorre é falta de apoio da direção do hospital, com infra-estrutura sucateada e poucos recursos humanos para executar o serviço de controle e principalmente de prevenção em infecções hospitalares.

“A parte de infraestrutura né? Sucateada. Aqui mesmo, na minha sala você pode ver essa impressora tá com defeito, esse computador (o segundo) não funciona, tem um monte de mofo na parede e eu tenho alergia, o teto quando chove entra água aqui e cai em cima da mesa do computador, olha a mesa com que ta porque entrou água.. Então a infraestrutura totalmente deficiente, começando pela sala da CCIH que deveria ser um lugar de exemplo e não é.” (E. SCIH. Hospital B)

“Vê os mofos na parede, tenta consertar isso, solicitar o conserto, compra de maquinário... né? Que tem hora que falta, mas agora tem faltado bem menos.” (E. SCIH. Hospital A)

“Recursos humanos, a questão da médica não ser uma pessoa contratada, de ser uma pessoa que presta consultoria, ela não tem obrigação de vir aqui todos os dias, não tem uma carga horária a cumprir.” (E. SCIH. Hospital B)

Percebemos que apesar de muitos dos hospitais estudados obterem índices de conformidades altos na planilha, principalmente no indicador referente a estrutura física e recursos humanos, o que observamos nas falas é contraditório, pois os relatos demonstram que um dos desafios encontrados para efetivo controle das IH's é a questão de infra-estrutura e dimensionamento ideal de recursos humanos para

realização das ações de controle e prevenção.

Segundo Silva e Souza e outros (2002), muitas vezes o que importa é que o SCIH esteja funcionando, mas não como está funcionando, muitas vezes não se questiona se o SCIH está atingindo sua finalidade maior que é a qualidade no atendimento e a assistência livre de danos.

Além disso, foi possível perceber que muitas vezes a correção das inconformidades se dá apenas quando ocorre a inspeção da vigilância sanitária.

“Eu vejo a Vigilância Sanitária como uma aliada... o que eles me perguntam eu falo a verdade, a direção não pode saber não, mas eu falo. Porque só vou conseguir mediante a vigilância porque eles só me dão: A vigilância cobrou isso? A vigilância quer isso? Ah então eu vou ter que dar! A vigilância não falou não ah então espera! É desse jeito. Se a vigilância cobra o hospital é obrigado a fazer.” (E. SCIH. Hospital B)

Sabemos que a Vigilância Sanitária ao inspecionar uma instituição de saúde elabora o termo de obrigação a cumprir e esse termo especifica inconformidade que podem ser passíveis de multa ou até fechamento do estabelecimento caso não sejam corrigidas.

Para um controle efetivo das IH's é fundamental que as instituições de saúde apoiem, e mais, auxiliem nessa luta, não apenas promovendo insumos adequados para realização das atividades de controle e prevenção das IH's, mas valorizando os profissionais de saúde inseridos no serviço.

5.3.4 IH: o papel das informações no controle

É importante ressaltar que somente alguns profissionais compreendem que as ações de controle de infecção vão além da vigilância epidemiológica e elaboração dos relatórios.

Apesar de percebermos que alguns membros da CCIH e SCIH sabem o seu papel e principalmente desempenham suas competências, identificamos que alguns ainda não entendem o que realmente é a CCIH e qual a sua função.

Percebemos nas falas que alguns desempenham sua função isoladamente, sem uma interação com os demais profissionais que fazem parte da CCIH e também

com os profissionais da ponta, ou seja, os que executam a assistência em saúde. Não há um aprofundamento nas discussões e propostas para prevenção e controle das infecções hospitalares.

“Não, não, não participo de reuniões [...] Não, não, não. Só o resultado das culturas.” (Mi. CCIH. Hospital D)

“Olha ainda não tenho acesso as informações. A CCIH está se organizando, então assim a gente fica sabendo através do que eu recebo de resultado né? Com eu te falei... por exemplo, a bactéria que predomina no CTI, que tá predominando... mas assim a gente tá tentando se organizar cada vez mais.” (Mi. CCIH. Hospital A)

“Da busca, aí é a parte da enfermagem a gente reúne né? Pra ver geralmente, quando a gente tem um tempo maior, a gente sempre falta tempo, tanto pra mim quanto pra enfermeira que ela tem outras funções. Então assim, a gente tenta fazer? [...] dados, dados de infecção, a gente andou fazendo uns gráficos, mas as vezes assim, a gente perde um pouquinho”. (M. SCIH. Hospital D)

“Não, acesso eu não sei se vou ter, mas não tenho essas informações sobre infecções”... “Não tenho como e não sei como chegar também nelas. Não tenho essas informações.” (F. CCIH. Hospital D)

“Bom na verdade a gente vai definir mais papéis a partir de agora, em relação a todos os membros da CCIH. No momento a minha função é realmente a nível de informação para os meus funcionários né? e nós pegamos o resultado do laboratório terceirizado e passamos pra CCIH né?” (Mi. CCIH. Hospital A)

Observamos que parte dos profissionais membros da CCIH não participa das reuniões periódicas do SCIH. Não realizam uma discussão aprofundada sobre os problemas e desafios referentes ao controle e prevenção das IH's naquela instituição de saúde.

Não se tem um papel definido sobre as ações que os membros da CCIH devem desempenhar, no entanto, a portaria 2616/98 é clara quanto às competências da CCIH e do SCIH.

5.4 Categoria 3: O controle e prevenção em IH: o lugar da educação permanente

Dentro das competências da CCIH e do SCIH está a educação permanente com ações de capacitação e treinamentos dos funcionários da instituição de saúde (BRASIL, 1998).

A realidade estudada mostrou diferentes tipos e modos de realizar os treinamentos e capacitações, dentre eles destacamos:

“Para os membros do serviço de enfermagem, enfermeiros, auxiliares e técnicos é através de ações em serviço e treinamento periódicos feitos pela enfermeira do SCIH”. (M. SCIH. Hospital B)

“Tem o treinamento em loco né? Porque geralmente para o técnico, auxiliares a gente tem esse treinamento no próprio local né? E assim, a gente tem a rotina pra tudo né? Treinamento assim que a gente faz marcando horário pra vir aqui fora do horário de trabalho normalmente é com a limpeza. Esse é o trabalho que a gente faz. Agora com o funcionário dos setores, esse é no dia a dia, de acordo com a demanda e no dia a dia mesmo de orientar.” (M. SCIH. Hospital D)

“O treinamento aqui é muito difícil. É tirar o... é... o funcionário e colocar no centro de estudo. Eu falo pessoalmente. É de acordo com a demanda. A programação nossa é mais para acadêmico né? Que a gente orienta todos acadêmicos que aqui entram.” (E. SCIH. Hospital A)

“Funcionários da enfermagem nós enfermeiras da CCIH fazemos treinamento com eles, a parte médica fica pra os dois médicos da CCIH... A princípio nos iríamos fazer num lugar apropriado... mas como é nos setores fechados e tem muita intercorrência a gente ta preferindo ir no setor mesmo e dá o treinamento..o treinamento é por assunto, a gente tem um cronograma nos nosso treinamentos mas dependendo de como for o mês a gente prioriza. Por exemplo, tem um surto de uma bactéria multi/R aí a gente viu que pacientes próximos aos outros tem o mesmo perfil de sensibilidade de bactéria, então a gente faz um treinamento ali sobre lavagem das mãos, sobre cuidados com o respirador.” (E1. SCIH.Hospital C)

“Para o funcionário a gente deixa um pouco a desejar, o funcionário que a gente treina mais é o pessoal da higiene e limpeza esse treinamento a gente não abre mão.” (E. SCIH. Hospital D)

“Baseado no relatório faço o treinamento e capacitação naquele mês. Eu to pensando em montar um cronograma e colocar as coisas básicas e deixar um espaço aberto para as prioridades daquele mês, de acordo com o relatório.” (E. SCIH. Hospital B)

Os relatos evidenciam que devido a dificuldade de realizar capacitação fora do setor de trabalho, os funcionários, principalmente da enfermagem, fazem o treinamento dentro do seu setor.

Apesar da facilidade de realizar esta capacitação dentro do local de serviço, podendo muitas vezes demonstrar na prática o que tem sido feito de modo errado, como prevenir determinada infecção, um fator dificultador é que muitas vezes o treinamento é interrompido por intercorrências do setor.

“[...] é nos setores fechados tem muita intercorrência.” (E1. CIH. Hospital C)

A educação permanente compreende o treinamento contínuo em serviço, visando a capacitação e a qualificação dos recursos humanos para a execução de suas atividades laborais, que direta ou indiretamente deve refletir os objetivos finais da instituição (KHOURY; ELIAS, 2000).

De acordo com estes autores, os programas de treinamento, orientação e acompanhamento visam corrigir desvios, ou sanar deficiências de desempenho. Entretanto, chamam a atenção para os processos esperados de mudança que só se efetivarão na medida em que os envolvidos participarem na análise e decisão sobre as mudanças.

Apesar disso o que percebemos durante o estudo é que os profissionais de saúde inseridos na assistência direta ao paciente não participam dessas decisões e na maioria das vezes não tem acesso às informações referentes às infecções e também não participam em sua maioria na elaboração dos protocolos e rotinas para controle de infecção, o que é demonstrado pela seguinte fala:

“[...] prevenção, não, isso não, nesse ponto, nessa área não... a questão de elaboração de protocolos, rotinas... não, não, nada disso. Eu tenho a rotina do laboratório que a gente faz pra qualquer tipo de cultura entende? Agora quanto ao hospital o que o hospital faz não. Entendeu o que eu to te falando? Quais as prevenções do hospital isso eu não elaborei.” (Mi. CCIH. Hospital D)

Outro dado importante observado é que os treinamentos podem ser realizados de acordo com um cronograma específico ou de acordo com a demanda.

Apenas o hospital C possuía um cronograma específico para treinamento e capacitação dos funcionários e também um cronograma com visita técnica nos diferentes serviços e setores do hospital, com intuito de promover uma educação no local do serviço e também uma fiscalização sobre a implementação e manutenção das normas e rotinas estabelecidas pelo SCIH e CCIH para prevenção e controle das IH's.

“Existe até um cronograma que ta ate ali (mostra na parede) onde nós fizemos para o ano todo até Dezembro, onde tem treinamento, e aí nós vamos no setor faz o treinamento. Aí tem o NES também que é o núcleo de... de... educação em serviço, então também existe o cronograma lá com esse treinamento.” (E2.SCIH. Hospital C)

Outro ponto que destacamos é a dificuldade de todos os hospitais no que refere o treinamento e educação permanente para a parte médica do hospital. Em toda realidade estudada os profissionais do SCIH relataram que o profissional médico não participa de treinamentos e capacitações, ou mesmo sobre orientações de rotinas e protocolos. Os motivos são vários e destacamos alguns:

“Para os médicos há uma lacuna, é muito difícil, devido diferença de horários e também especialidades.” (M. SCIH. Hospital B)

“Em relação aos médicos? (risos...). Seria mais informal. É mais um informativo.” (M. SCIH. Hospital D)

“[...] não, olha só..do médico tem um problema, os médicos trabalham em vários lugares né? É um dia a dia muito corrido, mesmo no próprio setor de trabalho é difícil da pessoa ta disponível pra ficar. Então a conclusão que a gente chega tem que ser uma informação muito rápida, uma coisa mais fácil pra o dia a dia, porque as vezes o médico fala isso não é da minha área,sabe?” (M. SCIH. Hospital C)

“Os médicos ainda acham que são donos do hospital, existe uma resistência grande dos médicos ainda nessa questão de controle de infecção.” (F. CCIH. Hospital C)

Dentre as falas citadas podemos perceber que algumas vezes o problema é pela incompatibilidade de horário, outras vezes por questões de falta de interesse da

parte dos médicos e principalmente por uma questão até de formação profissional.

A formação médica, muitas vezes baseada em modelo mecanicista, colaborou para que isso ocorresse e destacamos que dada a complexidade e abrangência da infecção, seu controle e suas implicações nas ações assistenciais, a prevenção e controle devem compor as políticas da instituição e formação profissional, bem como, fazer parte da sua cultura (PEREIRA et al., 2005).

No entanto, percebemos que isso tem se modificado um pouco e que a formação do profissional médico pode estar se modificando, o que identificamos na seguinte fala:

“[...] a nova geração é mais fácil, o pessoal vai se acostumando. Por exemplo, os residentes, orientação, assim eles assimilam melhor, ele tem maior interesse, mas às vezes dependendo do resto da equipe tem hábitos mais arraigados, fica mais difícil. Precisa também nós termos mais fôlego pra ta orientando, pra ta falando, a gente precisa de melhorar mais isso...eu acho que essa é a interface que na prevenção e treinamento né?” (M. SCIH. Hospital C)

Entendemos que não basta orientar, capacitar ou treinar apenas alguns profissionais ou uma classe de profissionais, é preciso ampliar para que todos os profissionais que prestam assistência de saúde ao paciente tenham acesso a questões de prevenção e controle das infecções hospitalares.

Segundo Silva e Souza e outros (2002), o controle das infecções hospitalares resulta de um esforço conjunto e esse esforço depende da vontade de cada profissional envolvido nas ações de saúde, sejam elas preventivas ou curativas. Segundo a autora, a adoção das medidas de prevenção e controle estão relacionadas ao conhecimento e às mudanças de comportamento dos profissionais de saúde face a evolução da epidemiologia hospitalar e das mudanças originadas por ela.

A formação dos profissionais com uma percepção de prevenção e uma visão ampliada é um dos grandes desafios que o ensino na área de saúde enfrenta e, portanto, é importante questionarmos o papel formador das Universidades no preparo dos profissionais de saúde para o controle das infecções hospitalares (SANTOS et al., 2008).

Segundo Tipple e outros (2003), independentemente da forma e da estrutura curricular adotada, a prevenção e o controle das infecções deve fazer parte da

formação dos profissionais da área da saúde. Além, também de uma formação permanentes desse profissional.

No estudo realizado na Universidade de Santa Maria/ RS, “Prevenção e controle de infecção: uma contribuição para formação do enfermeiro”, um dos pontos abordados foi se durante a graduação em enfermagem houve ensino sobre atuação do enfermeiro em SCIH, e foi observado que dos entrevistados 67% relataram não ter sido abordado o tema referente a atuação e papel do enfermeiro no SCIH (RAMOS, 2001).

Portanto, além da necessidade da capacitação e formação continuada do profissional inserido no SCIH, é importante pensarmos na necessidade de um investimento anterior à prática profissional, a formação profissional, que tem se mostrado insuficiente quanto ao ensino e à prática do controle de infecção.

É importante destacar também que os membros do SCIH e também na CCIH não possuem em sua maioria capacitação ou especialização da área de controle de infecção.

“O treinamento para os membros do SCIH não existe treinamento para estes membros uma vez que são formadores de opinião e atualizam-se através de literatura, congressos.” (M. SCIH. Hospital B)

“Na verdade o treinamento para o SCIH não tem também específico. O que ocorre é às vezes a gente mesmo ta buscando informação.” (E. SCIH. Hospital D)

Dos 22 sujeitos participantes da pesquisa apenas 27,27% possuíam qualificação ou capacitação na área de infecção hospitalar. Destaca-se que todos os profissionais de saúde estão diretamente ligados ao controle de IH.

Isso demonstra uma lacuna no que refere a preocupação em capacitar cada vez mais estes profissionais que trabalham com controle de infecção, mesmo porque, de acordo com Silva e Souza e outros (2002), a realidade do despreparo profissional em áreas específicas reflete diretamente na qualidade das ações desenvolvidas. E além, também, de que a saúde e as práticas assistências estão em constante evolução devido a emergência e reemergência de novas doenças, novas tecnologias e novos paradigmas que exigem do profissional uma atualização contínua.

Não existe uma legislação que fiscalize ou que determine que o profissional

de saúde do SCIH tenha capacitação na área. E percebemos também que a própria instituição de saúde não investe e incentiva o profissional a realizar cursos de capacitação.

Outro fato levantado é que as orientações sobre as normas e rotinas de ações de controle e prevenção de IH são disponíveis em sua maioria nos SCIH's, e em alguns casos também nos diferentes setores e serviços do hospital, no entanto, vale destacar que a grande parte fica guardada em uma gaveta.

Os relatórios mensais sobre taxas de infecção hospitalar não são discutidos no setor onde houve aquela incidência, e muitas vezes quando são debatidos o são informalmente, sem uma programação específica, sem um cuidado maior, como podemos perceber nas falas a seguir:

“Então a gente conversa com o médico plantonista, conversa com o enfermeiro do CTI. Orienta né? Eu deixo um informativo fixado em cada divisória do leito do paciente, orientando que o paciente fulano de tal... é... mediante coleta de material tal... do dia tal... desenvolveu uma bactéria tal né? E que precisa de medidas de controle.” (E. SCIH. Hospital A)

“Eu coloco o relatório em todos os setores, entrego para o enfermeiro aí ele guarda em uma pasta e o outro prega no quadro de avisos, então todos os setores tem.” (E. SCIH. Hospital B)

“Ah... têm os relatórios de infecção a gente tem mensalmente né? Mensalmente eu passo para direção do hospital, pra todos os diretores e também para a secretaria de saúde. Para os setores do hospital não. Por enquanto não tá tendo não. Eu vou lá pessoalmente, oriento a equipe, falo com eles.” (E. SCIH. Hospital A)

“As informações são trocadas informalmente mesmo, eu vou lá converso. Não, não tem... mensalmente a gente faz o relatório, mas aí eu falo com as meninas, mas é informalmente... Não, ainda não tenho relatórios nos setores.” (E. SCIH. Hospital D)

“[...] um grande desafio que a gente precisa é a questão de tá tabulando esses dados, tal e tá apresentando resultado né? Então eu acho que isso é muito falho em todos os hospitais, na realidade fica muito por baixo dos panos as suas ações.” (M. CCIH. Hospital A)

Esses dados nos levam a reflexão de que é preciso pensar educação permanente como um espaço de mediação para a capacitação, valorizando sempre as facetas cotidianas das diversas práticas que compõem o cenário das instituições de saúde.

O hospital C, em que o SCIH conta com duas enfermeiras e também com dois médicos podemos perceber que o trabalho de educação e também a troca de informações é mais sistematizada, talvez um facilitador seja a implantação do prontuário eletrônico em que se tem acesso a todas as informações do paciente de forma rápida e organizada. Além disso, é o único serviço que conta com um auxiliar administrativo exclusivo 8 horas/dia.

“[...] a CCIH faz as planilhas e encaminha pra gente e nas reuniões também é passado isso pra gente, como que ta cada setor.” (M. CCIH. Hospital C)

“Em geral a gente faz uma avaliação é depois de certo período, a meta de fazer essa avaliação mais trimestral, a não ser que seja uma coisa mais absurda, um surto né.” (M. SCIH. Hospital C)

“Geralmente eles fazem um painel dos setores que eles fazem busca ativa, são os CTI's e nas reuniões elas mostram a onde que tá mais, o que ta acontecendo de mias pontual nos setores aonde eles conseguem fazer busca ativa.” (E. CCIH. Hospital C)

“Toda reunião são apresentados os dados. A gente tem noção do que tá sendo mais isolado, qual cultura que tá dando mais resultado, qual setor, a gente tem acesso a esses dados, até mesmo para gente poder tá traçando estratégias de forma conjunta para tentar minimizar o impacto da infecção no hospital.” (F. CCIH. Hospital C)

Mas apesar disso destacamos a seguinte fala:

“É um trabalho de orientação. Mas na verdade o que é muito importante, que a gente vem falhando, é o que fazer com esses dados, em termos assim: vamos tomar uma medida mais importante.” (M. SCIH. Hospital C)

Como já ressaltado, é preciso um debate maior em cima do controle de infecção. É preciso romper com a lógica de que os treinamentos e educação permanente passam apenas por irem aos setores e colarem gráficos no mural, ou na beira do leito com informativo que o paciente está em isolamento.

A legislação vigente traz essa competência da CCIH que é divulgar, mas também promover um debate sobre a prevenção e controle das IH's. (BRASIL,1998)

Na planilha utilizada, no indicador 4 - Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar são descritas várias atividades de controle dentre elas: orientação/avaliação para cumprimento da legislação e diretrizes específicas do

hospital; consultas/orientação por demanda espontânea; participação em reuniões e outros.

A planilha subdivide estas atividades nos diferentes setores e serviços do hospital e foi possível observar que em muitos setores e serviços o SCIH e CCIH não atuam, ou seja, não fazem nenhum tipo de orientação ou intervenção educativa.

“não, visita no laboratório, não... visita no CME não.” (E. SCIH. Hospital D)

“É porque não tem como eu ir lá, e mais informal mesmo.” (E. SCIH. Hospital B – laboratório terceirizado)

Apesar disso, a Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998) especifica que o SCIH deve realizar visitas técnicas nos diferentes setores do hospital e principalmente promover uma educação permanente nestes locais, no que tange ao controle de infecção hospitalar.

Se existe uma legislação que sustenta este princípio surge uma dúvida sobre como tem sido feita a inspeção dos hospitais em relação à prevenção das infecções hospitalares.

5.5 Categoria 4: A inspeção das Infecções hospitalares e sua relação com a Vigilância Sanitária

A vigilância Sanitária é o órgão competente para realizar a fiscalização das instituições hospitalares quanto as ações de prevenção e controle das IH's. Assim analisemos os recortes das entrevistas a seguir:

“Aqui na VS nós atuamos em cima de lei, de portaria, de resolução né? Tudo aquilo que é inspecionado, cobrado, a gente nunca foge aquilo que a legislação exige então nossas inspeções são baseadas pura e simplesmente na legislação sanitária.” (TS. VSE)

“[...] a gente coordena as ações da vigilância sanitária municipal também, quando tem uma solicitação do nível central ou da ANVISA passa pela gente e a gente passa para o município, solicita que eles façam aquele tipo de atividade, daquela inspeção. A nossa função é mais coordenar também e a política do governo é de descentralizar essas ações e a medida que os municípios vão tendo capacitação, os profissionais das VS municipais, nós vamos passando pra eles as atribuições...” (C. VSE)

Segundo a Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária deve prestar cooperação técnica às Vigilâncias Sanitárias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, a fim de orientá-las para o exato cumprimento e aplicação das diretrizes estabelecidas pela legislação sanitária pertinente ao controle das infecções hospitalares.

Dentro desse processo de fiscalização dos hospitais quanto ao controle das IH's são realizadas algumas ações abordadas pelos entrevistados:

“[...] nossa parte é de inspeção sanitária, de fiscalização, não tem outro tipo de relação, nós prestamos acessoria né? Nosso lema é assim: mais educativo e não punitivo, nós vamos com intuito de educar e de cobrar que se aplique a legislação”. (TS.VSE)

“Também tudo isso é observado, também o problema da IH faz parte do roteiro de inspeção, o setor da área de vigilância da IH. É observado se a Comissão de IH está instalada, se está atuante, verificamos os livros, registros, porque as vezes não adianta chegar no hospital e perguntar: existe Comissão de IH? Ah existe! E cadê os livros? Cadê que ela tá atuante? E na última reunião o que vocês anotaram? A gente verifica tudo isso para ver se tá Ok”. (C.VSE)

“Temos roteiro de inspeção né? Nós seguimos o roteiro da ANVISA a RDC 48 e aplicamos esse roteiro e depois é elaborado um relatório né? Onde são citadas todas as inconformidades, nós fazemos depois uma reunião com os diretores, diretor clínico, enfermeiro do hospital, eles veem aqui, leem o relatório e dependendo se houver inadequações a gente fixa um prazo para correção daquilo e eles firmam um documento que a gente chama de Termo de Obrigações a Cumprir, e damos um prazo para que eles corrijam aquilo e depois voltamos para ver se eles corrigiram ou não.” (C. VSE)

Observamos que a Vigilância Sanitária utiliza a legislação como norteadora do processo de fiscalização das instituições de saúde. As ações de inspeções são variadas e vão desde a busca por relatórios das CCIH's até a inspeção direta de alguns setores e serviços.

Segundo as informações nas entrevistas, a Vigilância Sanitária é

responsável por diversas ações de fiscalização nas intuições de saúde e não somente aquelas relacionadas ao controle e prevenção das IH's.

“A gente coordena as ações na área de estabelecimentos, na área de alimentos, de medicamentos né? E também análise de projetos com um setor que analisa projetos de estrutura física também das unidades e que algumas delas são aprovadas pelo nosso arquiteto e... a gente coordena estas áreas aí.” (C. VSE)

Na perspectiva das IH's, alguns pontos abordados pelos entrevistados foram: a troca de informações e orientações quanto às ações de prevenção e controle das IH's; o período de realização das inspeções; as ações específicas observadas pela Vigilância Sanitária.

“Os hospitais são obrigados a emitir mensalmente um boletim informativo de IH ta? Então eles passam para gente todo mês um boletim e a gente faz um estudo desse boletim para ver se ta tudo de acordo com a portaria, se eles tão cumprindo a legislação.” (TS. VSE)

“A orientação é dada no momento da inspeção as vezes, e também nessa reunião com os responsáveis, Sempre, porque o objetivo nossa é orientar, a coisa mais rara é a gente penalizar e multar, mas a maior parte das vezes nós orientamos os técnicos a estar sempre orientando os profissionais sobre aqueles procedimentos.” (C. VSE)

A troca de informações e as orientações entre a Vigilância Sanitária e os hospitais são extremamente importante e foi possível destacar que esta é feita muitas vezes a base de boletins informativos e também no momento da inspeção.

Em relação a quantidade de vezes que a Vigilância vai ao hospital fazer a inspeção foi destacado:

“Olha, a secretaria exige que a gente faça no mínimo 02 inspeções anuais, pelo menos duas.” (TS. VSE)

No entanto, percebemos que muitas vezes os profissionais de saúde do SCIH gostariam que ela fosse realizada com mais frequência, pois muitas vezes apenas com a inspeção da vigilância é que a administração do hospital libera verba

para correção da inconformidade.

“Então eu vejo a vigilância como uma aliada, não vejo como uma fiscalizadora e punidora ali não, eu vejo com uma aliada. Porque só vou conseguir mediante a vigilância, se a vigilância cobra o hospital é obrigado a fazer.” (E. SCIH. Hospital B)

Algumas dificuldades apontadas pela Vigilância Sanitária realizar uma fiscalização ideal para um efetivo controle das IH's são:

“Temos bastante dificuldades. Porque às vezes a gente passa alguma orientação e chega lá depois eles não cumpriram aquilo, nós temos que tá voltando, fazendo novas recomendações... às vezes a gente passa o relatório pra o Diretor Clínico, mas eles não passam aquilo pro profissional que tá lá na ponta, às vezes não fica sabendo, entendeu?” (C. VSE)

É abordada pelo entrevistado a importância da difusão das informações para todos os profissionais de saúde e não apenas para Direção do hospital e CCIH ou SCIH, não basta cumprir o que foi colocado na fiscalização; é preciso um debate maior em torno do controle das IH's, pois só assim alcançaremos ações efetivas nessa perspectiva de prevenção.

Outro ponto abordado e que se tem como desafio é a capacitação dos profissionais técnicos que inspecionam as instituições de saúde:

“Nós estamos sempre brigando por mais capacitações, por exemplo, gente não vai num setor que a gente desconhece totalmente aquilo...” (C. VSE)

“[...] nós não temos uma equipe assim tão grande, que agente possa deslocar a todo o momento ou a qualquer momento para cidade jurisdicionada de Juiz de Fora.” (TS. VSE)

Segundo o entrevistado esta Vigilância Sanitária é responsável por 37 municípios da região da Zona da Mata, e as ações não são realizadas apenas em hospitais, mas em clínicas, consultórios odontológicos e médicos e outras instituições e estabelecimentos de saúde, e a questão dos recursos humanos é primordial para que se tenha um trabalho de qualidade e não sobrecarregado em que os profissionais são atrelados a diversas funções.

Também foram apontados pelos entrevistados desafios na perspectiva atual do controle e prevenção das IH's.

“Temos e percebemos uma serie de dificuldade apresentadas pelos hospitais e, termo de elaboração da própria Comissão, e atuação dessa Comissão e de elaboração e cumprimento do PCIH elaborado por esta Comissão. É difícil, os profissionais da comissão têm pouco tempo pra isso, são poucos profissionais”. (TS. VSE)

“Acho que deveria reformular esta parte de CCIH e o próprio PCIH deveria ser, teria que ter um novo planejamento para que pudesse atuar com mais afinco, com mais dedicação e responsabilidade, para colher melhores resultados...” (TS. VSE)

Segundo as falas podemos perceber que os moldes como estão colocados a formação e implementação das CCIH's e SCIH's não estão muitas vezes adequados. O próprio PCIH tem sido discutido para uma reformulação que possa contribuir para melhores resultados quanto a prevenção e controle das IH's.

De acordo com Silva (2005), o PCIH tem se limitado muito a coleta de dados epidemiológicos, pouco tem se discutido sobre o processo de trabalho a ser realizado pelas CCIH's e SCIH's.

Outra questão a ser destacada é o desafio quanto a conscientização profissional em relação a prevenção e controle das IH's:

“E o problema maior é a conscientização dos profissionais, principalmente dos médicos...” (C. VSE)

“[...] a parte médica em si é pouco participativa, pouco porque acho que os médicos ficam pouco tempo dentro do hospital.” (TS. VSE)

Temos que enfrentar essa falta de conscientização principalmente da parte médica como um ponto crucial para o controle das IH's. Não basta a cobrança e a fiscalização do PCIH se não pensarmos em um maior envolvimento profissional para adesão das medidas de controle e prevenção.

Para um enriquecimento desta categoria trouxemos algumas falas dos profissionais de saúde dos SCIH's e CCIH's quanto ao que percebem do papel da Vigilância Sanitária no controle e prevenção das IH's.

“A vigilância já foi um órgão fiscalizador assim, punitivo, hoje eles têm mais uma caráter assim de parceria, eles vêm, orientam, veem se tem alguma coisa... não que eles não notifiquem, mas não assim: isso ta errado! Aquilo ta errado! Não. É uma parceria bem mais tranquila, eles orientam mais, eles viram: olha isso não ta legal! É estressante a visita? É, mas no final ela é sempre positiva.” (E. CCIH. Hospital A)

“Olha a vigilância eu vejo eles como bons orientadores, o braço direito da CCIH. Eles vêm aqui, observam todas as nossas documentações, é... e vê o que a gente ta precisando implantar e nos dá força pra que isso seja implementado sabe? Acho muito importante a vigilância, gosto quando eles vêm, porque eles sabe? Eles tem uma visão muito ampla do controle de infecção eu acho isso legal.” (E. SCIH. Hospital A)

Os entrevistados entendem a Vigilância Sanitária como uma aliada, como um órgão que, apesar de fiscalizar e até algumas vezes emitir o termo de obrigações a cumprir devido as inconformidades, ela pode trazer melhorias para instituição, principalmente nas questões relativas a estrutura física e quadro de recursos humanos adequado.

Algumas dificuldades apontadas pelos profissionais em relação ao estreitamento do convívio com a Vigilância Sanitária foram:

“Eu acho ótimo, mas eu acho que deixa a desejar porque vem muito pouco. Porque eu vejo a vigilância como uma parceira assim eu sinto falta dela estar mais presente. Porque com a vigilância às vezes a gente consegue umas ações mais rápidas, porque se tem um problema tem por onde começar a melhorar.” (E. SCIH. Hospital D)

Muitas vezes os profissionais de saúde dos SCIH precisam de uma maior aproximação com a Vigilância Sanitária, precisam de orientações mais contínuas e não apenas durante as fiscalizações e inspeções.

Outro ponto destacado é a morosidade das orientações ou pareceres da Vigilância:

“A parte de fiscalização não, eles são realmente exigentes, competentes, tal, mas quando você passa a exigir deles algum respaldo técnico e muito complicado entendeu? É você pede algum parecer... você conseguir um parecer escrito da vigilância de alguma coisa é muito complicado, demora aí o problema já protelou, já resolveu de outra forma... tem certa morosidade nessa questão de informação.” (Mi. CCIH. Hospital C)

O que percebemos é que na visão dos profissionais de saúde inseridos nos SCIH's e CCIH's a Vigilância Sanitária é um elo importante e que atualmente ela é vista como um órgão educador e não punitivo. A própria Vigilância Sanitária, representada pelos sujeitos entrevistados, entende que a fiscalização das instituições de saúde ocorre para fins educativos e de melhorias e não para punição.

5.6 Categoria 5: o desafio no controle das Infecções Hospitalares

O controle das IH's engloba vários aspectos e destacamos: políticas de saúde e administrativas, recursos econômicos e humanos, características dos microrganismos e o uso de antimicrobianos, mudança epidemiológica da população e também a interface da conscientização profissional e dos usuários.

Segundo Silva e Souza e outros (2002), esta multiplicidade de fatores tem dificultado a implementação de um efetivo programa de prevenção e controle das IH's e representa desafios cada vez maiores aos profissionais de saúde inseridos no SCIH, na CCIH e na assistência direta ao paciente.

Um dos grandes desafios colocados pelos entrevistados foi a falta de conscientização dos profissionais de saúde:

“Eu acho que em relação a prevenção é..a gente conseguir de alguma forma ta sempre passando pra o corpo clínico , pra equipe de enfermagem, ta sempre passando essa conscientização. Porque ate pra nós a gente tem a tendência sabe...é trabalhoso, treinamento ta ali, o dia a dia. E as enfermeiras devem ter notado isso, muitas vezes você passa lá a orientação e tal, e volta, porque hábitos arraigados são difíceis de mudar, entende?” (M. SCIH. Hospital C)

“A conscientização mesmo né? De todos. Que o quanto é importante. Eu acho que a gente já caminhou bastante, mas eu acho que todos os dias a gente tem que falar a mesma coisa entendeu?” (Mi. CCIH. Hospital A)

“Coisa que a gente vem discutindo muito é a questão de cultura mesmo, a mudança de cultura é algo muito complexo, é algo muito difícil de você promover de forma rápida. Então acho que o principal foco do problema seria a mudança de cultura por parte dos funcionários e a questão do... como se fosse feudalismo da parte dos médicos... existe uma resistência grande dos médicos ainda nessa questão de controle de infecção... é porque a questão da cultura não vai envolver só o funcionário, envolve o médico, a diretoria, envolve a administração e sem apoio de todos mundo você não consegue um trabalho legal.” (F. CCIH. Hospital C)

A conscientização do profissional de saúde é algo imperativo para que se possa ter um controle e prevenção das IH's. Não é possível melhorar as taxas de IH apenas com treinamentos. Temos necessidade que a equipe de saúde coopere e essa cooperação só será alcançada a partir do momento em que esses profissionais se conscientizarem da sua importância no controle e prevenção das IH's.

Percebemos que a conscientização do profissional médico é algo mais complicado e segundo o relato:

“1º deles é, que eu acho maior e mais difícil é a... conscientização dos profissionais de saúde. Aí num índice decrescente de importância, eu acho que 1º os médicos, precisamos conscientizar os colegas que tá complicado isso né? [...] Então na questão médica eles não tendem a participar dos cursos de capacitação, o processo é complicado.” (M. CCIH. Hospital A)

Outra interface dentro da educação para o controle de IH é a atitude da população em geral:

“Um outro desafio é a conscientização da população que é um problema serio também na questão do controle de IH porque eles tendem a não lavar as mãos, tendem a trazer outras coisas , alimentos, tendem deixar coisa no quarto, na cabeceira da cama, então talvez essa também questão de conscientização da população.” (M. CCIH. Hospital A)

Isso nos leva a refletir sobre a necessidade dos SCIH's e também de todos profissionais de saúde em conscientizar a população, ou seja, os usuários e familiares que encontram-se no hospital precisam ser orientados quanto ações simples de controle de infecção.

Ainda dentro dessa perspectiva de conscientização destacamos as

seguintes falas:

“Acho que de uma maneira geral, acho que as pessoas fazem as coisas dentro do que tem que ser feito. Seguir o caminho certo, das orientações que todo mundo estuda, pra fazer o certo... conscientização de todo mundo, de todos os profissionais, tem uns mais outros menos. Acho que médicos tá com o que tem mais problema.” (M. SCIH. Hospital D)

“Porque só o profissional de saúde a gente chegou a conclusão que é insuficiente, você não é unipresente em tudo né? A conscientização de visitas, isso é muito importante.” (DC. CCIH. Hospital B)

Portanto, um aspecto destacado como importante nas falas é a adesão às normas e rotinas estabelecidas pelo SCIH para controle e prevenção das IH's.

“É a questão médica dos EPI's é complicadíssima, principalmente a lavagem das mãos que a gente sabe que resolve 70 a 90 % né?” (M. CCIH. Hospital A)

“A dificuldade sempre maior é fazer se cumprir as rotinas né? As rotinas estabelecidas. A dificuldade não é estabelecer é fazer cumprir. De uma maneira geral as pessoas não são atentas ao comportamento adequado nesta questão de IH.” (DT. CCIH. Hospital B)

Segundo Silva e Souza e outros (2002), a adesão às medidas de controle está intimamente relacionada à resistência em mudar hábitos, e isso é algo difícil pois significa mudanças de técnicas aprendidas e enraizadas pela prática diária, e incorporação de técnicas e métodos exigem perseverança para a sua adaptação.

No entanto, percebemos nos recortes das entrevistas que mesmo as medidas básicas, mas de alta eficácia para prevenção de IH não tem sido observadas. Como exemplo temos a lavagem de mãos que, apesar de preconizada desde o século XIX ainda é uma desafio na maioria dos hospitais estudados.

“Olha, eu acho que o principal problema, que seria o mais fácil de resolver, a questão de lavagem de mãos. Se as pessoas se conscientizassem e lavassem as mãos de maneira correta, principalmente nos setores fechados, mudando de um leito pra outro, nos andares também, diminuiria e muito a IH. Eu acho que é o primordial a questão cultural, a questão da lavagem das mãos. É um desafio muito grande.” (Mi. CCIH. Hospital C)

“1º é cultural né? Convencer as pessoas, ai vai de visita, passa pelo paciente e chega no mais alto escalão da assistência. Pra você ver como é importante a prevenção primária básica né? Como exemplo lavagem de mãos né? Que é uma coisa que culturalmente as pessoas ainda têm uma dificuldade... conscientização de todos os níveis tá?” DC. CCIH. Hospital B)

Outro desafio apontado nas falas é a preocupação em melhorar a educação dos profissionais de saúde quanto a prevenção e controle das IH's.

“Precisa também nós termos mais fôlego pra ta orientando, pra ta falando, a gente precisa de melhorar mais isso... eu acho que essa é a interface que na prevenção e treinamento né? E aquela que eu te falei que precisa de treinamento, precisa eventualmente de material, precisa eventualmente até de mudanças na estrutura física.” (M. SCIH. Hospital C)

É preciso refletir que pouco tem sido feito em relação e educação permanente dos profissionais inseridos no serviço. Além disso, uma outra faceta é a capacidade de quem está educando, ou seja, do educador em promover mudanças efetivas.

“Eu acho que é melhorar a qualidade de paciente... evitar infecções, orientar os pacientes, orientar as pessoas que lidam com os pacientes, os acompanhantes, pra evitar infecção.” (Mi. CCIH. Hospital D)

Ressaltamos o fato abordado de que a capacitação e educação não podem ser restritas aos profissionais de enfermagem apenas, mas deve ser multiprofissional e mais ainda alcançar também a população em geral.

“Falta de informação acho que isso é um grande desafio. Falta de informação pra todos, não só os membros, os membros têm informações, isso eu acredito, mas se isso tá sendo difundido pra os meus funcionários, funcionários de outros setores eu não sei, mas acho que seria mais informação. Uma troca.” (F. CCIH. Hospital D)

“Eu acho mais que em termos de educar o profissional a ta fazendo a técnica de forma adequada. Ele vem treina ai daí um tempinho... é uma coisa de educação continuada mesmo né?” (E. CCIH. Hospital C)

Observamos que a falta das informações pertinentes ao controle de IH é uma desafio importante. Não basta realizar treinamentos e capacitações sem depois compreender o que realmente ficou enraizado e que gerou modificações nas ações dos profissionais de saúde.

É preciso que os SCIH's avaliem melhor estes treinamentos e capacitações, ou seja, que façam um acompanhamento das dificuldades dos profissionais da ponta implementarem aquelas medidas de controle e prevenção das IH's.

Os sujeitos do estudo também destacam como desafio o uso racional de antimicrobiano. Os desafios dentro desta perspectiva estão presentes em diversas falas e em diferentes facetas:

“Eu acho que é ter esse controle mesmo de saída de antibiótico. E a captação dos dados corretos pra gente pode ter um controle efetivo do que ta sendo usado pra gente saber que tipo de infecção, acho que seria isso.” (F. CCIH. Hospital A)

“Evitar também, eu acho também, é fazer as culturas o médico também acompanhar, evitar ficar dando antibiótico, aí se o médico não acompanha, um exemplo: ele vai dando antibiótico, antibiótico, e depois a cultura chega Ah! Aquele antibiótico é resistente, eu vou dar outro, aí quando vai fazer a cultura, cresce bactérias multirresistentes.” (Mi.CCIH. Hospital D)

“Muito antibioticoterapia empírica sem... de amplo espectro sem uma definição específica né?” (F. CCIH. Hospital C)

“Um desafio é a normatização de antibioticoterapia tá? Então a gente tem muita dificuldade porque os médicos ainda são muito displicentes.” (E. CCIH. Hospital A)

Entretanto, ressaltamos que o SCIH e também a CCIH são responsáveis por elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas técnicas e rotinas visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares.(Brasil,98)

Outro desafio, e que dificulta muitas vezes as ações de controle e prevenção das IH's, é melhorar a estrutura, os recursos humanos e materiais necessários para o efetivo controle das IH's.

“Olha os desafios são muitos. A parte de infraestrutura né? Sucateada... recursos humanos também é um desafio... a questão da médica não ser uma pessoa contratada, de ser uma pessoa que presta consultoria, ela não tem obrigação de vir aqui todos os dias, não tem uma carga horária a cumprir.” (E. SCIH. Hospital B)

“Hoje a dificuldade é em... aprovação de projetos que envolvam alto custo... o desafio hoje que a CCIH enfrenta também e com relação a parte da estrutura física.” (A. CCIH. Hospital C)

Dentro desta perspectiva, a Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998) traz que uma das competências das instituições de saúde é prover um ambiente adequado para realização das atividades de controle de infecções. No entanto, em grande parte dos hospitais estudados isso não tem sido observado.

Segundo Silva e Souza e outros (2002), a implantação e funcionamento das CCIH's e SCIH's muitas vezes ficam a mercê do interesse institucional e, na maioria dos casos, ocorreram graças à iniciativa e empenho dos profissionais destas instituições e outro problema é a inexistência ou falha na fiscalização, pelos órgãos competentes, no sentido de fazer cumprir a lei.

No que refere ao desafio da adequação dos recursos humanos destacamos nas seguintes falas:

“Outra dificuldade é o pouco tempo que a gente tem e eu acho que às vezes é preciso de ter um profissional exclusivo, só pra o serviço. (E. SCIH. Hospital D)

“[...] aí a sobrecarga vai pro serviço de enfermagem, para o enfermeiro, para o farmacêutico, para o bioquímico e por sua vez eles também não dispõem de muito tempo e a enfermagem infelizmente tem que pegar mais esta atividade, uma vez que nem todos os hospitais colocam conforme a legislação, um enfermeiro exclusivo pra CCIH né?” (TS. VSE)

“Dificuldades na parte da enfermagem por a gente ter um número reduzido de funcionários acham que tudo é justificativa, tudo se justifica por causa disso... falta material... Nós ficamos sem muito material, nós ficamos sem capote, sem luva. Então assim, é por se um órgão público a gente esbarra justamente nisso, porque tudo tem que ir pra CPL, tudo tem que ir pra licitação tudo... é um processo muito moroso.” (E. CCIH. Hospital A)

O desafio da adequação do dimensionamento de profissionais não está relacionado apenas ao SCIH, mas, na instituição de saúde como um todo. Para um

efetivo controle das infecções é preciso o reconhecimento de que é necessário um número adequado de funcionários para realização da assistência a saúde.

No caso do hospital A percebemos que por ser um órgão público o processo de compra e lotação de recursos humanos é moroso e muitas vezes isso prejudica a assistência em saúde prestada aos usuários.

E dentro ainda desse foco outro desafio levantado na fala é:

“Depois os técnicos a gente tem uma dificuldade grande de rotatividade, por ser serviço público as pessoas se sentem estáveis no serviço e às vezes não participa dos treinamentos, das reuniões, não tem muito interesse...” (M. CCIH. Hospital A)

Segundo esta fala, podemos perceber que existe uma dificuldade no serviço público de manter uma educação permanente ativa, e que em alguns momentos isso é entendido pelo entrevistado, em virtude dos profissionais de saúde, inseridos no serviço, sentirem-se estáveis em seus cargos.

No entanto, ao mesmo tempo hospitais em que não se tem uma estabilidade nos cargos de trabalho é registrado o seguinte:

“Acho que um dos maiores desafios é exatamente a rotatividade de pessoal. Você treina uma equipe e daqui a pouco muda alguém. Então você tem que ta treinando de novo, eu acho que essa é um dos maiores desafios da CCIH aqui dentro.” (A. CCIH. Hospital D)

Portanto, independente da natureza da instituição de saúde, o desafio dos recursos humanos e materiais é algo que permeia todas elas.

E talvez um dos maiores desafios apontados nas falas dos entrevistados é o reconhecimento da importância da prevenção e controle das IH's, e principalmente, um reconhecimento dos órgãos administrativos e governamentais da importância de investir nos SCIH's e CCIH's.

“Olha o meu desafio agora que eu acho que é um grande gigante, diante de mim é tentar fazer que os membros da CCIH sejam atuantes sabe? Possam aderir essa campanha para redução e venham a incorporar isso neles sabe? A questão da CCIH, eles são a CCIH, nós temos que discutir sabe?” (E. SCIH. Hospital A)

“O desafio é ter o SCIH reconhecido. Então acho que um reconhecimento maior. A primeira enfermeira com exclusividade é agora, antes era consórcio nos 02 hospitais.” (M. SCIH. Hospital B)

“Abraçar! Vestir a camisa, não só vestir a camisa, mas suar esta camisa é isso que eu quero que todo mundo entenda que isso é importante entende? É muito importante a CCIH, ok?” (E. SCIH. Hospital A)

Segundo Silva e Souza e outros (2002), o êxito do PCIH está diretamente relacionado com o envolvimento de todos. A responsabilidade de prevenir e controlar a IH é individual e coletiva.

O reconhecimento dos profissionais de saúde, das instituições hospitalares e órgãos governamentais sobre a importância da prevenção e controle das IH's passa pela valorização dos SCIH e CCIH, e é fundamental que tenhamos em mente que valorizar os SCIH's e CCIH's é entender que a prevenção e controle é função de todos.

6 CONSIDERAÇÕES

A problemática das infecções hospitalares não é recente, mas ressaltamos que ela continua evidenciando a necessidade de buscar cada vez mais a qualidade da atenção assistencial em saúde prestada aos indivíduos que procuram atendimento hospitalar.

Este estudo demonstra que na realidade estudada as instituições hospitalares e a vigilância sanitária convivem com problemas e desafios no que tange o controle e prevenção das IH's.

As legislações que trazem a tônica do controle e prevenção das IH's são diversas e buscam desde a orientação sobre a formação estrutural e organizacional do PCIH às ações que devem ser efetuadas com intuito de reduzir as infecções.

No entanto, neste estudo, ao avaliar o PCIH das instituições hospitalares do município de Juiz de Fora, percebemos que estas instituições não realizam efetivamente muitas destas orientações e não buscam um debate aprofundado em torno de melhorias para esta prática.

Estas questões contrastam com a atual necessidade dos hospitais estarem preparados e produzirem um ambiente seguro para os pacientes. Cada vez mais esta tônica da qualidade da assistência em saúde vem ganhando destaque e é preciso que os hospitais entendam que um grande medidor da qualidade prestada é o controle das IH's, ou seja, índices baixos de IH e programas de prevenção efetivos.

O estudo também aponta que apesar da planilha de indicadores elaborada por Silva (2005) direcionar para questões referentes ao controle das IH's, as falas dos profissionais apontam para um aprofundamento maior, uma vez que, percebemos que pela planilha muitas instituições apresentaram altos índices de conformidade nos indicadores do PCIH, no entanto, os relatos dos profissionais evidenciam que apenas cumprir esses indicadores não é o suficiente para se ter um PCIH atuante, com ações efetivas de controle de IH. Dessa forma, a planilha utilizada também neste estudo como referencial de comparação e análise traz lacunas para se compreender a dinâmica de controle de IH, uma vez que, não nos possibilita entender o processo de trabalho que de fato orientam as ações de controle das infecções e como efetivamente as ações são realizadas. Inferência que

encontra respaldo nas falas dos sujeitos desse estudo.

Analisando as atividades relacionadas ao controle e prevenção das IH's, ressaltamos a existência de um PCIH puramente nominativo por parte da administração hospitalar. Esse fato aparece relatado em várias falas, e isso nos traz uma reflexão, pois, a não adesão dos profissionais de saúde às ações de controle de IH são diversas, mas destacamos que o apoio administrativo da instituição é peça fundamental para estimular a implantação de práticas seguras e produzir condições adequadas para o funcionamento da CCIH e SCIH.

Observamos que as ações de prevenção e controle das IH's ficam a margem de todo processo, pois a vigilância epidemiológica no formato em que é realizada trata-se mais de simples coletas de dados, sem compromisso com método utilizado, sem conhecimento da importância da adoção de critérios validados para diagnósticos das infecções e indicadores confiáveis e principalmente, a falta de sensibilização sobre a importância de difundir essas informações e utilizá-las no processo de tomada de decisões.

Ressaltamos como agravante desta situação a dedicação quase exclusiva do SCIH e CCIH às atividades de monitoramento das infecções, algo exigido pelas normas vigentes. Esse monitoramento demanda muito tempo da equipe e muitas vezes desvia o foco de atuação apenas para o monitoramento em si, em detrimento das ações de prevenção e controle.

Os dados mostraram que os processos de educação realizados pelos profissionais dos SCIH's e CCIH's não são contínuos e na maioria das vezes não são baseados nos dados epidemiológicos encontrados na busca ativa.

As atividades de educação permanente e capacitação para medidas de controle e prevenção das IH's foram pouco incorporadas nas instituições hospitalares, fato demonstrado nos relatos dos entrevistados e nos dados levantados na planilha de indicadores.

A educação para o controle e prevenção das IH's é a atividade que irá disseminar as medidas de prevenção identificadas como prioritárias pelo SCIH, no entanto, ressaltamos que na realidade estudada algumas das ações menos realizadas são as de cunho educativo.

A educação no processo de trabalho, no que tange o controle das IH's, é indispensável para uma nova forma de aprendizado, forma esta que promova conhecimentos contínuos e gere, de fato, mudança na prática assistencial, levando à

mudança de hábitos muitas vezes enraizados.

Outro aspecto importante, não apenas entre os membros da CCIH e SCIH, mas ultrapassando esse limite, é a questão da interdisciplinariedade. É fundamental que exista uma relação interdisciplinar entre toda a equipe de saúde, e mais, um trabalho conjunto na perspectiva de que, para realizar controle e prevenção das IH's não basta o trabalho da CCIH, mas é a relação deste trabalho com todos os profissionais de saúde direto ou indiretamente ligados ao cotidiano do cuidar em saúde.

Percebemos também o não incentivo das instituições de saúde na qualificação dos seus profissionais e também a falta de busca desses profissionais no que refere a sua capacitação na área de concentração das infecções. Estes dados reafirmam a necessidade de capacitação dos profissionais que constituem as CCIH's e os SCIH's.

Outro fato apreendido pelo estudo, refletido nas falas dos profissionais, é a relação da Vigilância Sanitária com os hospitais e seu papel no controle das IH's. As ações da Vigilância Sanitária em relação às IH's foram descritas como mais educativas e menos punitivas. No entanto, estas ações resumem-se principalmente no momento da fiscalização das instituições de saúde e no envio dos relatórios e boletins. Não há uma consultoria em controle de IH contínua da Vigilância Sanitária nos hospitais.

Foi possível destacar que muitos dos membros da CCIH não tinham acesso às informações referentes ao controle e prevenção das IH's e isso nos leva a refletir, pois, se os próprios membros da CCIH não possuem essas informações e relatórios sobre os indicadores, taxas de infecções e ações preventivas, o que tem sido passado para os profissionais de saúde que se encontram na ponta em relação à prevenção e controle das infecções?

A simples presença de um SCIH ou CCIH está longe de atender as normas vigentes. É preciso pensar que o SCIH ou CCIH, como órgão isolado, não é capaz de mudar nenhum panorama, mas é preciso um PCIH efetivo, com ações educativas contínuas, um sistema de vigilância epidemiológica não pautado apenas na coleta de dados, mas no seu processamento, gerando informações e mais, promovendo debate em torno destas informações. .

Temos que refletir e repensar o modelo vigente do controle das IH's, pautado mais nos resultados, nos relatórios mensais, na produção de gráficos, e

questionar o que tem sido feito com esses dados, na perspectiva de gerar informações. Quem tem tido acesso a essas informações? E as ações de prevenção e controle, as ações educativas, que lugar e espaço elas possuem no modelo vigente? Será que sobra tempo para os profissionais de saúde diretamente ligados ao controle das IH's realizarem ações educativas voltadas para prática dos profissionais da ponta?

É preciso pensar o PCIH como parte fundamental para uma melhor assistência em saúde nas instituições hospitalares. É essencial que não apenas a instituição de saúde valorize o controle de infecção, mas que todos profissionais de saúde realmente entendam a importância do SCIH e CCIH e que eles são primordiais no controle e prevenção das infecções hospitalares.

As ações isoladas dos SCIH's e CCIH's não podem fazer muito pelo controle das IH's, mas é preciso o reconhecimento de todos os profissionais de saúde que cabe a eles também a prevenção e controle das IH's, pois são os mesmos que estão no dia-a-dia diante dos pacientes e seus potenciais riscos para infecções. E mais além, como levantado nos relatos dos sujeitos, é preciso levar estas informações para toda a população.

Esperamos que este estudo viabilize a compreensão por parte dos gestores das instituições hospitalares, dos profissionais de saúde inseridos nos serviços e gestores de saúde do município de Juiz de Fora, que o controle e prevenção das IH's é algo imperativo.

Que este estudo possa promover um debate sobre os PCIH's e seus moldes atuais, e uma reflexão maior sobre a maneira como estão sendo implantados e realizados estes PCIH's, se os mesmos são capazes de minimizar as IH's.

Apontamos ainda o limite do estudo por não ter analisado outro dois hospitais. Parte pela demora das instituições em autorizar, o que acarretaria atraso no prazo definido para elaboração desta dissertação, mas também talvez por falta de interesse das instituições em se abrirem para a investigação desse tema.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A. M. S. A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v.8, n.4, p.47-55, maio/dez, 1995.

ARIAS, K. M.; SOULE, B. M. (Org.) **Manual de Controle de Infecções da APIC/JCAHO**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 224p.

ABRUTIN, E.; TALBOT, G. H. Surveillance strategies: a primer. **Infection control**, Thorofare, v.8, n.11, p.459-464, Nov. 1987.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. IN: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p.87-117.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 196 de 24 de junho de 1983. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de jun. 1983. Seção 1, p.11319.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p.1805. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 26 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p.21082. Disponível em:
<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/cns/1996/res0196_10_10_1996.htm>. Acesso em: 10 set. 2009.

BRASIL. Lei n. 9.431 de 6 de janeiro de 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jan. 1997. p.265. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9431.htm>. Acesso em: 09 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 maio 1998. Seção 1, p.133. Disponível em:<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html>. Acesso em: 02 jul. 2008.

BRASIL. Lei n. 9.782 de 26 de janeiro de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan. 1999, p.1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9782.htm>. Acesso em: 15 jul. 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n. 48 de 02 de junho de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 060 jun. 2000. Seção 1, n.108E, p.27. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2000/48_00rdc.htm>. Acesso em: 06 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS –DATASUS – **Informações em Saúde: CNES - Estabelecimentos por Tipo - Minas Gerais**. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabMG.def>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

BRUSAFERRO, S. et al. Factors influencing hospital infection control policies in Italian hospitals. **The Journal of hospital infection**, New York, v.53, n.4, p.268-273, Apr. 2003.

CANGUILHEM, G. **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida**. Lisboa: Edições 70, 1977.

CERQUEIRA, M. C. M. **Avaliação da qualidade do programa de controle de infecção hospitalar em hospitais públicos de Salvador**. 2006. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

CHOR, D. et al. Infecção hospitalar: comparação entre dois métodos de vigilância epidemiológica. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.201-217, abr./jun. 1990.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **O controle da infecção hospitalar no Estado de São Paulo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.164p.

COUTO, C. R.; PEDROSO, E. R. P.; PEDROSA, T. M. G. História do controle da infecção hospitalar no Brasil e no mundo. In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. (Org.). **Infecção hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 3ed. São Paulo: Medsi, 2003. p.3-8.

DALTOÉ, T. **Métodos de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares utilizados pelos hospitais de Porto Alegre**. 2008. 107f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)– Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do

Sul, Porto Alegre, 2008.

ERDMANN, A. L.; LENTZ, R. A. Conhecimentos e práticas de cuidado mais livres de riscos de infecções hospitalares e o processo de aprendizagem contínua no trabalho em saúde. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v.13, p.34-49, 2004. Número especial.

FONTANA, R. T. As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.59, n.5, p.703-706, set./out. 2006.

FONTANELLA, B. J. B.; RIBAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 12ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FREIXAS, N.; SALLES, M.; GARCIA, L. Cambios en el control de la infección nosocomial: nuevos retos y competencias de la enfermera de control de infección. **Enfermedades infecciosas y microbiología clínica**, Barcelona, v.27, n.5, p.285-289, 2009.

GIUNTA, A. P. N; LACERDA, R. A. Inspeção dos programas de controle de infecção hospitalar dos serviços de saúde pela vigilância sanitária: diagnóstico de situação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.1, p.64-70, mar. 2006.

GOLDRICK, B. A. The practice of infection control and applied epidemiology: A historical perspective. **American journal of infection control**, St. Louis, v.33, n.9, p.493-500, Nov. 2005.

GUERRA, C. M. et al. Perceptions and attitudes of the professional staff concerning infection surveillance and control programs in Brazilian hospitals. **American journal of infection control**, St. Louis, v.38, n.1, p.59-62, Feb. 2010.

HALEY, R. W. et al. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC project): summary of study design. **American journal of epidemiology**, Baltimore, v.111, n.5, p.472-485, May 1980.

HALEY, R. W. et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in us hospitals. **American journal of epidemiology**, Baltimore, v.121, n.2, p.182-205, Feb. 1985.

EDWARDS, J. R. et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report: data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. **American journal of infection control**, St. Louis, v.37, n.10, p.783-805, Dec. 2009.

KHOURY, H. J.; ELIAS, M. A. B. Recursos humanos e o controle de infecção. In: FERNANDES, A. T.; FERNANDES, M. O. V.; RIBEIRO FILHO, N. (Org.). **Infecções hospitalares e suas interfaces na área de saúde**. São Paulo. Atheneu, 2000. p.1671-1678.

LACERDA, R. A.; EGRY, E. Y. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão preto, v.5, n.4, p.13-23, out. 1997.

LACERDA, R. A.; JOUCLAS, V. M. G.; EGRY, E. Y. Infecções hospitalares no Brasil: ações governamentais para o seu controle enquanto expressão de políticas sociais na área de saúde, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.30, n.1, p.93-115, abr. 1996.

MARTINS, P. **Epidemiologia das infecções hospitalares em centro de terapia intensiva de adulto**. 2006. 96f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical)– Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. 1986. 416f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)– Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

MERCER, H. Evaluación: reflexiones acerca del tema. **Interface: comunicação, saúde, educação**, botucatu, v.4, n.7, p119-121, ago. 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOURA, M. E. B. et al. Infecção hospitalar no olhar de enfermeiros portugueses: representações sociais. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.743-749, out./dez. 2008.

NATIONAL NOSOCOMIAL INFECTIONS SURVEILLANCE SYSTEM. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004. **American journal of infection control**, St. Louis, v.8, n.470-485, Dec. 2004.

NOVAES, H. M. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.34, n.5, p.547-559, out. 2000.

NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M. **Padrões e indicadores de qualidade para hospitais**. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 1994. 109p.

OLIVEIRA, R.; MARUYAMA, S. A. T. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v.10, n.3, p.775-783, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a23.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2009.

PADUZZI, M. A articulação de enfoques quantitativos e qualitativos na avaliação em saúde: contemplando a complexidade dos objetos. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.4, p.126-128, ago. 2000.

PEREIRA, M. S.; MORIYA, T. M.; GIR, E. Infecção hospitalar nos hospitais escola: uma análise sobre seu controle. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.1, p.45-62, jan. 1996.

PEREIRA, M. S. et al. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.2, p.250-257, abr./jun. 2005.

POTVIN, L.; GENDRON, S.; BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes a natureza dos programas de saúde: implicações para avaliação. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p.65-86.

PRADE, S. S. et al. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. **Revista do controle da infecção hospitalar**, Brasília, v.2, n.2, p.11-24, 1995.

RAKA, L. Lowbury Lecture 2008: infection control and limited resources –searching for the best solutions. **The Journal of hospital infection**, New York, v.72, n.4, p.292-298, Aug. 2009.

RAMOS, I. T. B. **Prevenção e controle de infecção: uma contribuição para formação do enfermeiro**. 2001. 104f. Dissertação (Mestrado em Educação)– Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2001.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.51-61, jan./mar, 1990.

REZENDE, E. M. Vigilância Epidemiológica Aplicada ao Controle das Infecções Hospitalares. In: OLIVEIRA, A. C.; ALBUQUERQUE, C. P.; ROCHA, L. C. M. (Org.). **Infecção Hospitalar: abordagens, prevenção e controle**. Belo Horizonte: Médsi, 1998. v.1, p.9-23.

ROONEY, A. L.; VAN OSTENBERG, P. R. **Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality**. Bethesda: Quality Assurance Project, 1999.

SÁNCHEZ PAYÁ, J. et al. Nosocomial infection surveillance and control: current situation in Spanish hospitals . **The Journal of hospital infection**, New York, v.72, n.1, p.50-56, May 2009.

SANTOS, A. A. M. **O modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares: após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos?** 2006. 135f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)– Departamento de Infectologia e Medicina Tropical da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SANTOS, A. A. M. et al. **Diagnóstico do controle da infecção hospitalar no Brasil**. Programa de Pesquisas Hospitalares. 2005. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicos/controle/Infectes%20Hospitalares_diagnostico.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2008.

SANTOS, A. M. R. et al. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.61, n.4, p.441-446, jul./ago. 2008.

SANTOS, N. Q. **Infecção hospitalar: uma reflexão histórico-crítica**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1997.

SELWYN, S. Hospital infection: the first 2500 years. **The Journal of hospital infection**, New York, v.18, p.5-64, June 1991. Supplement A.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista crítica de ciências sociais**, Coimbra, v.85, p.65-82, jun. 2009.

SILVA, C. P. R. **Indicadores para validação de Programas de Controle de Infecção Hospitalar: construção e validação**. 2005. 152f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Adulto)– Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

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

SILVA E SOUZA, A. C. et al. Desafios para o controle de infecção nas instituições de saúde: percepção dos enfermeiros. **Ciencia y enfermeria**, Concepción, v.8, n.1, p.19-30, jun. 2002.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática de avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, 2005. p.15-40.

SILVA, R. F. A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, p.108-114, jan./fev. 2003.

SOUSA, C. M. M. et al. Representações Sociais das implicações legais da infecção hospitalar e de seu controle. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.60, n.4, p.428-433, jul./ago. 2007.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.4, n.7, p.113-128, ago. 2000.

TIPPLE, A. F. V. et al. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.2, p.245-250, mar./abr. 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de saúde pública**, v.39, n.3, p.507-514, jun. 2005.

TURRINI, R. N. T. Programa de controle de Infecção Hospitalar: problemas na implantação em hospitais do município de São Paulo. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v.7, n.3, p.316-324, jul./set. 2004.

VAQUÉ, J.; ROSSELLÓ, J.; ARRIBAS, J. L. Prevalence of nosocomial infections in

Spain: EPINE study 1990-1997. EPINE Working Group. The **Journal of hospital infection**, New York, v.43, p.s105-s111, Dec. 1999. Supplement.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety**: forward programme. Geneva: World Health Organization, 2004. 33 p.

YOKOE, D. S.; CLASSEN, D. Melhorando a segurança do paciente por meio do controle de infecção: um novo imperativo no cuidado à saúde. **Infection control and hospital epidemiology**, Thorofare, v.29, p.S3-S11, 2008. 1 Supplement.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: DÉBORA GOTARDELO AUDEBERT DELAGE

ENDEREÇO: AV. ANTÔNIO RIBEIRO N°03 APT°402

CEP: 36010410 – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 32123212 OU (32)88643297

E-MAIL: DEBORADELAGE@HOTMAIL.COM

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa sob o título provisório **“INFECÇÃO HOSPITALAR:DESAFIO NA SAÚDE PÚBLICA”**. De autoria da mestranda Débora Gotardelo Audebert Delage, sob a orientação da Prof^aDr^a Girlene Alves Silva.

Neste estudo pretendemos avaliar o sistema de prevenção e controle das infecções hospitalares no município de Juiz de Fora, através da visão dos profissionais de saúde membros das Comissões e Serviços de Infecções Hospitalares (CCIH's e SCIH's) e pelo coordenador da Vigilância Sanitária do município de Juiz de Fora.

O motivo que nos leva a estudar isso é porque as Infecções Hospitalares destacam-se como causa relevante de morbimortalidade, ocasionando sérios danos à saúde e também problemas de ordem social e econômica. Apesar das diversas iniciativas para o controle e prevenção das infecções estas ainda constituem um grave problema de saúde pública.

O presente estudo é importante para a compreensão do diagnóstico situacional do sistema de prevenção e controle das Infecções hospitalares no município de Juiz de Fora e para uma análise e reflexão sobre o atual modelo de prevenção e controle que está sendo utilizado pelas instituições hospitalares e vigilância sanitária.

Neste estudo a coleta dos dados será através de entrevistas e estas serão agendadas de conforme disponibilidade dos participantes. As entrevistas serão gravadas somente após anuência do participante, para depois serem transcritas na íntegra.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo "INFECÇÃO HOSPITALAR: DESAFIO NA SAÚDE PÚBLICA", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP 36036.900

FONE:32 3220 3788

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista aplicado aos representantes da Vigilância Sanitária

Roteiro Entrevista (Vigilância Sanitária)

Dados pessoais

Iniciais do nome:

Data de nascimento:

Categoria profissional/formação:

Qualificação/capacitação na área:

Vínculo empregatício:

Tempo que trabalha na Vigilância Sanitária:

Como você começou a trabalhar na Vigilância Sanitária?

Como se dá a relação da Vigilância Sanitária (VS) com os hospitais no que se refere à prevenção e controle das Infecções Hospitalares (IH's)? Como é esse processo?

Como é feito o processo de acompanhamento/supervisão das CCIH's e SCIH's dos hospitais?

Existe treinamento/capacitação dos membros das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou Serviço de Controle das Infecções Hospitalares (SCIH)? Como ocorre este treinamento/capacitação?

Como se dá o processo de comunicação/informação entre as instituições hospitalares e a VS?

Como é realizado pela VS o acompanhamento das IH's nos hospitais do município de Juiz de Fora?

Como está estruturada e como ocorre o fluxo das notificações das IH's? Como é este processo? O que é feito com esses dados?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista aplicado aos representantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

ROTEIRO ENTREVISTA CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar)

Iniciais do nome:

Data de nascimento:

Categoria profissional:

Qualificação/capacitação na área de IH:

Vínculo empregatício:

Qual sua função:

Tempo que faz parte da CCIH:

Como é que você ingressou na CCIH? O que levou a isso?

Como membro da CCIH, qual a sua função ou papel aqui? O que você faz?

No que refere a prevenção e controle das IH's, quais são as ações que você realiza?

Em relação às informações sobre as IH's que são passadas pelo SCIH, o que é feito com essas informações?

E a Vigilância Sanitária, qual é a relação dela com a CCIH aqui deste hospital?

Quais os desafios que a CCIH enfrenta no que refere a prevenção e controle das IH's?

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista aplicado aos membros dos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar

Roteiro Entrevista (Membros dos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH))

Iniciais do nome:

Data de nascimento:

Categoria profissional:

Qualificação/capacitação:

Vínculo empregatício:

Qual sua função:

Tempo que trabalha no SCIH:

Como você começou a trabalhar no SCIH? E qual o seu papel, o que você faz?

Como se dão as ações de prevenção e controle das IH's neste hospital? (Processo de vigilância epidemiológica)

Como o SCIH obtém informações sobre a ocorrência das IH's? E o que é feito com estas informações? Quem tem acesso a elas?

Ocorre treinamento para os membros do SCIH, funcionários e corpo clínico da instituição no que tange a prevenção das IH's? Como é esse processo de treinamento?

Como é a relação do SCIH com os demais setores deste hospital no que diz respeito ao controle e prevenção das IH's? EX: laboratórios, farmácia, Centro de Material de Esterilização (CME), limpeza e etc.

Qual a relação da Vigilância Sanitária com este hospital no que se refere a prevenção e controle das IH's ?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
14615999- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 291/2009

Protocolo CEP-UFJF: 1887.231.2009 **ER:** 299893 **CAAE:** 4654.0.000.180-09

Projeto de Pesquisa: "Infecção Hospitalar: prevenção e controle, um grande desafio na saúde pública"

Área Temática e Fase de Desenvolvimento: Grupo III

Pesquisador Responsável: Débora Gotardelo Audebert Delage

Pesquisadores Participantes: Prof. Gilene Alves Silva

Instituição: Faculdade de Enfermagem/Pós Graduação Mestrado Saúde Coletiva

Sumário/comentários

- Justificativa: objeto bem delimitado, tema relevante para a área da Enfermagem. O presente estudo é importante para a compreensão do diagnóstico da situação do sistema de prevenção e controle de infecções hospitalares do município de Juiz de Fora e fornecerá subsídios para os serviços de saúde de Juiz de Fora, tanto gestão quanto estabelecimentos hospitalares, atuarem na prevenção e controle das Infecções Hospitalares (IH's) de maneira mais resolutiva.
- Objetivo geral: Avaliar o sistema de prevenção e controle das infecções hospitalares em instituições de saúde pública e filantrópica do município de Juiz de Fora. Objetivos específicos: descrever as ações da Vigilância Sanitária de Juiz de Fora no que tange o controle das infecções hospitalares nestas instituições de saúde; avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) vigente nestas instituições hospitalares de Juiz de Fora; conhecer a estrutura das Comissões de Controle das Infecções Hospitalares (CCIH's) destes hospitais de Juiz de Fora; analisar o processo utilizado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) para o controle das infecções hospitalares.
- Metodologia: Estudo exploratório de abordagem qualitativa, cujos cenários serão a Vigilância Sanitária de Juiz de Fora e as Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH's) e Serviços de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH's) dos seguintes hospitais: Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Hospital Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer em Juiz de Fora/Ascomcer e Hospital Dr. Mozart Geraldo Teixeira (Hospital Pronto Socorro de Juiz de Fora - HPS). Os sujeitos da pesquisa serão compostos pelo coordenador da vigilância sanitária, e nas instituições hospitalares serão os membros das CCIH's e SCIH's. A coleta de dados será através de entrevistas semi-estruturadas com o coordenador da Vigilância Sanitária e com os profissionais membros das CCIH's e SCIH's selecionados para compor o cenário do estudo. Serão ainda analisados os protocolos e rotinas elaborados e utilizados pelas instituições hospitalares e vigilância sanitária. As entrevistas serão gravadas com a anuência dos participantes, para depois serem transcritas na íntegra, e agendadas com os participantes de acordo com a disponibilidade de cada um deles. Serão selecionados a princípio 20 sujeitos, sendo um da Vigilância Sanitária e os demais das instituições de saúde, no entanto, ressaltamos que na pesquisa qualitativa a amostragem é por saturação teórica dos dados, ou seja, ao se verificar a repetição de dados e a ausência de dados novos estabelece-se o fechamento e tamanho da amostra. Conforme orientação da Resolução 196/96, o material gravado durante a coleta de dados, os TCLE's e os dados da pesquisa serão guardados durante cinco anos e posteriormente a esta data serão destruídos. Esta pesquisa obedecerá às normas de Pesquisa com Seres Humanos de acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996, sendo que os participantes do estudo serão convidados a participar de forma voluntária e poderão recusar a participar da pesquisa e abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. O nome ou o material que indique a participação dos sujeitos ou das instituições não serão liberados sem prévia permissão. O pesquisador irá tratar a identidade dos participantes da pesquisa com padrões profissionais de sigilo e privacidade. Como toda pesquisa que visa abordar nas falas dos sujeitos a experiência cotidiana do trabalho a mesma poderá causar riscos mínimos, e caso seja comprovado algum dano relativo a coleta de dados, o pesquisador se compromete em ressarcir o entrevistado. Todos os participantes receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que informará de maneira clara sobre a pesquisa. Os sujeitos assinarão duas vias deste TCLE, sendo uma cópia para pesquisador e outra para o participante. Serão incluídos como sujeitos da pesquisa somente aqueles maiores de 18 anos e com capacidade de autodeterminação clara e que estejam envolvidos com a questão do controle de infecção hospitalar, sendo excluídos todos aqueles fora desta faixa etária e pessoas que não participem efetivamente dos programas de controle de infecção hospitalar. Os resultados da pesquisa, assim que finalizados, estarão à disposição dos sujeitos e instituições participantes. A análise dos dados será realizada por análise de conteúdo temática que consiste em uma técnica de pesquisa que possibilita tornar replicáveis



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 PRO-REITORIA DE PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
 36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, através de procedimentos específicos e científicos. Esta análise parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, ultrapassando os sentidos manifestos do material, para posteriormente atingir um nível mais profundo, utilizando-se de inferências.

- O embasamento teórico apresentado sustenta o objetivo do estudo.
- Características da população a ser estudada: O cenário do estudo será formado pela instância municipal responsável pela prevenção e controle das infecções hospitalares representada pela Vigilância Sanitária, uma vez que ela é o órgão do governo responsável pela capacitação, fiscalização e coordenação técnica dos sistemas de prevenção e controle das IH's instalados em Juiz de Fora. Serão cenários também as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH's) e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH's) de instituições hospitalares de médio e grande porte do município de Juiz de Fora representado por hospitais filantrópicos e público, os quais serão respectivamente: Hospital Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer em Juiz de Fora/ Ascomcer, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, e Hospital Drº Mozart Geraldo Teixeira (Hospital Pronto Socorro de Juiz de Fora – HPS). Todas estas instituições possuem CCIH e SCIH. A declaração de infra-estrutura e de concordância com a realização da pesquisa nas Instituições participantes foi apresentada e encontram-se em anexo.
- Instrumento de coleta de dados: Adequado aos objetivos do estudo. Será aplicado um questionário ao membro da vigilância sanitária e aos membros das CCIHs, contendo perguntas previamente formuladas. Será aplicado também um roteiro de análise dos documentos utilizados pelas instituições hospitalares e vigilância sanitária no que tange às infecções hospitalares. O questionário e o roteiro foram apresentados e encontram-se anexo ao projeto.
- O orçamento apresentado está detalhado, e o pesquisador responsável se compromete a financiar a pesquisa.
- O cronograma está adequado para a execução do projeto, contendo agenda para a realização das etapas da pesquisa (março de 2009 a dezembro de 2010), observando-se que a coleta de dados só ocorrerá após a aprovação do projeto pelo CEP/UFJF.
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito, com descrição suficiente dos procedimentos a serem adotados para realização da pesquisa e a explicitação de riscos e desconfortos esperados, ressarcimento de despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa e a forma do sujeito fazer contato com o pesquisador informando que está de acordo com a Res. 196/96 do CNS.
- Qualificação do pesquisador responsável é compatível com o projeto de pesquisa.
- Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela **aprovação** do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
 Juiz de Fora, 19 de novembro de 2009

Alfredo Chaoubah
 Prof. Dr. Alfredo Chaoubah
 Coordenador em Exercício – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: <u>04/11/2009</u>
ASS: <u>[Assinatura]</u>



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Adendo ao Parecer nº 291/2009

Protocolo CEP-UFJF: 1887.231.2009 **FR:** 299893 **CAAE:** 4654.0.000.180-09

Projeto de Pesquisa: "Infecção Hospitalar: prevenção e controle, um grande desafio na saúde pública"

Area Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Débora Gotardelo Audebert Delage

Pesquisadores Participantes: Girlene Alves Silva

Instituição: Faculdade de Enfermagem/Pós Graduação Mestrado Saúde Coletiva

Matéria Analisada: - Inclusão de mais uma instituição de saúde;
- Mudança no objetivo geral

Sumário/comentários

- A pesquisadora solicitou inclusão da instituição de saúde: Hospital Dr João Felício e apresentou declaração de concordância e infraestrutura, assinada pelo responsável do local.

Foi solicitado também mudança no objetivo geral, uma vez que será incluído um hospital de caráter privado, ficando da seguinte forma:

- **Objetivo Geral:** Avaliar o sistema de prevenção e controle das infecções hospitalares em instituições de saúde pública, privada e filantrópica do município de Juiz de Fora.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela **aprovação** da matéria analisada.

Juiz de Fora, 18 de março de 2010

Prof.ª Dr.ª Ieda Maria A. Vargas Dias
Coordenadora do CEP/UFJF

Prof. Dr. Alfredo Chaoubah
Coordenador em Exercício – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ___/___/20__

ASS: _____

ANEXO B – Manual Operacional e Planilhas para Aplicação dos Indicadores do PCIH – Silva, C. P. R (2005)

MANUAIS OPERACIONAIS E PLANILHAS PARA APLICAÇÃO DOS INDICADORES DE PCIH – PÓS-VALIDAÇÃO OPINATIVA OU DE CONTEUDO POR JUIZES ESPECIALISTAS

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

a) Descrição:

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

b) Fundamentação Científica e/ ou Legal:

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

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). LEI N. 9431 DE 06 DE JANEIRO DE 1997. BRASÍLIA (DF); D.O.U.; 1997. (Estabelece a obrigatoriedade de

existência de Programas de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais do Brasil).

- Ministério da Saúde (BR). Portaria 2616/1998. (Estabelece recomendações para a formação e o processo de trabalho de Programas de Controle de Infecção Hospitalar no Brasil).

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução-RDC n. 48 de 2 de junho de 2000. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. (Estabelece roteiro para fiscalização do PCIH dos hospitais pela Vigilância Sanitária).

- Scheckler WE et al. *SHEA Position paper: requirements for infrastructure and essential activities control and epidemiology in hospitals. A consensus panel report.* Infection Control Hospital Epidemiology 1998; 19:114-124.

- Murphy E H et al.. *APIC/ CHICA – Canadá infection control and epidemiology: professional and practice standards. Special Communication.* American Journal Infection Control. February 1999, 47-51.

c) Tipo de indicador: Estrutura.

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

e) Denominador: É a somatória total dos valores de relevância dos componentes do indicador PCET.

f) Cálculo do Indicador:

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

g) Fontes de Informação:

Duas fontes principais são sugeridas para avaliação desta função: documentais (ideal) e entrevistas com os próprios profissionais que atuam em controle de infecção hospitalar. Os documentos se referem às normas institucionais, atas de instituição do PCIH e de reuniões periódicas, relatórios e ou qualquer outro registro formal utilizado no serviço de saúde.

A evidência de que o PCIH encontra-se atuante e de que há continuidade e regularidade de determinadas atividades devem ser obtidos pela averiguação de atas de reuniões e relatórios durante, no mínimo, o período de um ano ou pelo tempo de implantação, se menor que esse período.

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

h) Critérios para a avaliação:

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

PLANILHA DO INDICADOR 1 - ESTRUTURA TÉCNICO-OPERACIONAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCET) – PÓS-VALIDAÇÃO

CÓDIGO	COMPONENTES	FUNDAMENTAÇÃO	RELEVÂNCIA	AT	NA
PCETMS	A CCIH É REPRESENTADA, NO MÍNIMO, POR MEMBROS DO SERVIÇO MÉDICO, ENFERMAGEM E ADMINISTRAÇÃO.	B/C	4		
PCETRG	HÁ UM REGIMENTO QUE DETERMINA O FUNCIONAMENTO DA CCIH E/ OU SCIH	B/C	4		
PCETPE	HÁ DOIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, COM NÍVEL SUPERIOR, QUE EXECUTAM AÇÕES EXCLUSIVAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE IH, PARA CAD 200 LEITOS, SENDO QUE UM DELES É O ENFERMEIRO (CONSORCIADO OU NÃO)	B/C	4		
PCETDE	O ENFERMEIRO ATUA COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA NO SERVIÇO, PELO MENOS 6 HORAS/ DIA	B/C	4		
PCETDO	HÁ OUTRO PROFISSIONAL, COM NÍVEL SUPERIOR, QUE ATUA COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA NO SERVIÇO, PELO MENOS 4 HORAS/ DIA	B/C	4		
PCETRP	A CCIH REALIZA REUNIÕES PERIÓDICAS COM PARTICIPAÇÃO DOS MEMBROS EXECUTIVOS E LIDERANÇAS	B/C	3		
PCETMP	HÁ SUPORTE DE LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA E PATOLOGIA, PRÓPRIO OU TERCEIRIZADO	B/C	4		
PCETEF	HÁ ESPAÇO FÍSICO DELIMITADO E EXCLUSIVO PARA AS ATIVIDADES DIÁRIAS, ARQUIVOS, ETC. DA CCIH OU DO SCIH	B/C	4		
PCETRI	HÁ DISPONIBILIZAÇÃO DE RECURSOS INFORMATIZADOS PARA AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA CCIH OU SCIH	B/C	4		
PCETRE	A ADMINISTRAÇÃO DISPONIBILIZA DADOS ESTATÍSTICOS (Nº DE ADMISSÕES, ALTAS, ÓBITOS, PACIENTES-DIA, ETC.) PARA REALIZAÇÃO DE RELATÓRIOS DA CCIH OU SCIH	B/C	4		
TOTAL			39		

OBS:

CÁLCULO DO INDICADOR:

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

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

b) Fundamentação Científica e/ ou Legal:

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

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

- Murphy E H et al.. APIC/ CHICA – Canadá infection control and epidemiology: professional and practice standards. *Special Communication*. American Journal Infection Control. February 1999, 47-51.

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

c) Tipo de indicador: Estrutura

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

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

f) Cálculo do Indicador:

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

g) Fontes de informação:

As fontes ideais são as documentais, principalmente pela apresentação das diretrizes específicas de controle e prevenção de IH para um dado serviço, elaboradas separadamente ou incluídas em manuais de organização e operacionalização gerais. Atas de reuniões, relatórios e ou outros registros formais também podem constituir fonte de informação, desde que relacionem dados mínimos de qualificação.

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

h) Critérios para a avaliação:

A melhor avaliação deverá qualificar não somente a existência da diretriz, mas também a qualidade de seu conteúdo. Dados mínimos que qualificam o conteúdo de tais diretrizes referem-se a: definição da diretriz; procedimentos a serem realizados; bibliografia que fundamenta cada diretriz atualizada e pertinente.

- **Atende (AT):** Possui diretriz escrita, disponível e qualificada.
- **Não Atende (NA):** Não possui diretriz escrita ou ela não está disponível ou não apresenta qualificação mínima.
- **Inaplicável (INA):** A instituição não possui serviço ou não realiza procedimento de assistência relacionado.

PLANILHA DO INDICADOR 2 - DIRETRIZES OPERACIONAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCDO) – PÓS-VALIDAÇÃO

CÓDIGO	COMPONENTE	FUNDAMENTAÇÃO	RELEVÂNCIA	AT	NA	INA
PCDOPB	HÁ RECOMENDAÇÃO PARA AVALIAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE ACIDENTES COM PERFURO-CORTANTES E OUTRAS EXPOSIÇÕES A MATERIAL BIOLÓGICO	B/C	4			
PCDORS	HÁ RECOMENDAÇÕES PARA DESCARTE DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE (RSS)	B/C	4			
PCDOIR	HÁ RECOMENDAÇÕES PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS	B/C	4			
PCDOIU	HÁ RECOMENDAÇÕES PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES URINÁRIAS	B/C	4			
PCDOCS	HÁ RECOMENDAÇÕES PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DE CORRENTE SANGÜÍNEA	B/C	4			
PCDOSC	HÁ RECOMENDAÇÕES PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO	B/C	4			
PCDOPI	HÁ RECOMENDAÇÃO PARA ISOLAMENTOS DE PACIENTES COM DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS OU IMUNODEPRIMIDOS	B/C	4			
PCDOAB	HÁ RECOMENDAÇÃO PARA O USO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁTICOS PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO	B/C	4			
PCDOGA	HÁ PADRONIZAÇÃO DE SOLUÇÕES GERMICIDAS E ANTI-SÉPTICOS	B/C	4			
PCDOME	HÁ RECOMENDAÇÃO DE TÉCNICAS DE LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	B/C	4			
PCDOLM	HÁ RECOMENDAÇÃO DE TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS	B/C	4			
PCDOLS	HÁ RECOMENDAÇÃO DA ROTINA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES	B/C	4			

CÓDIGO	COMPONENTE	FUNDAMENTAÇÃO	RELEVÂNCIA	AT	NA	INA
PCDOLV	HÁ RECOMENDAÇÃO PARA LAVAGEM E HIGIENIZAÇÃO DE ROUPAS UTILIZADAS NA INSTITUIÇÃO	B/C	4			
PCDOMC	HÁ RECOMENDAÇÃO DA TÉCNICA PARA COLETA DE MATERIAL PARA REALIZAÇÃO DE CULTURAS	B/C	4			
PCDOCU	HÁ RECOMENDAÇÃO DAS TÉCNICAS DE CURATIVOS E PERIODICIDADE DE TROCAS DOS MESMOS	B/C	4			
TOTAL			60			

OBS:

Cálculo do Indicador:

INDICADOR 3: SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCVE)

a) Descrição:

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

b) Fundamentação Científica e/ ou Legal:

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

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

- Murphy E H et al.. APIC/ CHICA – Canadá infection control and epidemiology: professional and practice standards. Special Communication. American Journal Infection Control. February 1999, 47-51

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

c) Tipo de indicador: Processo

d) Numerador: É a somatória dos valores de relevância dos componentes do indicador PCVE, avaliados como atendidos, na instituição.

e) Denominador: É a somatória total dos valores de relevância dos componentes do indicador PCVE .

f) Cálculo do Indicador:

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

g) Fontes de informação:

Várias são as fontes de informações possíveis para a avaliação dessa função. Destaque-se as 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).

h) Critérios para a avaliação:

A verificação da existência e regularidade de ações de vigilância epidemiológica deve analisar documentos elaborados durante um período de pelo menos 6 meses. A melhor avaliação de atividades de busca ativa de casos de IH, sua frequência e tipos de pistas utilizadas

para a realização do diagnóstico e o acompanhamento consentido dos profissionais executores nas visitas às unidades de internação.

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

PLANILHA DO INDICADOR 3 – SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCVE). PÓS – VALIDAÇÃO

CÓDIGO	COMPONENTE	FUNDAMENTAÇÃO	RELEVÂNCIA	AT	NA
PCVEIH	REALIZA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (GLOBAL OU POR COMPONENTE) COM PERIODICIDADE DETERMINADA	B/C	4		
PCVEBA	REALIZA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE IH POR MEIO DE BUSCA ATIVA DE CASOS	B/C	4		
PCVEUR	REALIZA BUSCA ATIVA DE CASOS DE IH NAS UNIDADES DE MAIOR RISCO (UTI, BERÇÁRIO, QUEIMADOS, ETC.)	B/C	4		
PCVEMI	MONITORA, COM PERIODICIDADE E REGISTROS REGULARES, RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS DE CULTURAS, QUE IDENTIFICAM CEPAS OU ESPÉCIES DE MICROORGANISMOS, INCLUSIVE RESISTENTES	B/C	4		
PCVECD	HÁ CRITÉRIOS PRÉ-DETERMINADOS PARA DIAGNÓSTICO DE IH	B/C	4		
PCVERE	PRODUZ RELATÓRIO PERIÓDICO DOS RESULTADOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (NÍVEIS ENDÊMICOS)	B/C	4		
PCVEAL	OS RELATÓRIOS ANALISAM E INFORMAM ALTERAÇÕES DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO (DESCRITIVOS E/ OU GRÁFICOS)	B/C	4		
PCVECP	OS RELATÓRIOS CORRELACIONAM RESULTADOS COM ESTRATÉGIAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO ADOTADA (INTERVENÇÃO)	B/C	4		
PCVESS	OS RELATÓRIOS SÃO REGULARMENTE DISPONIBILIZADOS AOS DIVERSOS SETORES E LIDERANÇAS DA INSTITUIÇÃO	B/C	4		
PCVEOP	OS RELATÓRIOS SÃO REGULARMENTE DISPONIBILIZADOS PARA OS ÓRGÃOS PÚBLICOS CONCERNENTES (GESTORES)	B/C	4		
Total			40		

OBS:

Cálculo do Indicador:

INDICADOR 4: ATIVIDADES DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCCP)

a) 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.

b) Fundamentação Científica e/ ou Legal:

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

- Scheckler WE et al. *SHEA Position paper: requirements for infrastructure and essential activities control and epidemiology in hospitals. A consensus panel report.* Infection Control Hospital Epidemiology 1998; 19:114-124.
- Murphy E H et al.. *APIC/ CHICA – Canadá infection control and epidemiology: professional and practice standards. Special Communication.* American Journal Infection Control. February 1999, 47-51
- ONA. Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de serviços Hospitalares. Versão on-line de consulta pública.

- Brasil, Ministério da Saúde. RDC nº 154, de 15 de junho de 2004.

Estabelece o regulamento para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Diário Oficial da União, Brasília, 24 de junho de 2004 (48).

- Brasil, Ministério da Saúde. RDC nº 153, de junho de 2004. Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. Diário Oficial da União, Brasília, 24 de junho de 2004 (49).

- Brasil, Ministério de Saúde. RDC nº 306, de 07 de setembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 10 de setembro de 2004 (50).

- Códigos Sanitários do Município ou do Estado em Vigência.

c) Tipo de indicador: Processo

d) Numerador: É a somatória dos valores de relevância dos componentes do indicador PCCP avaliados como atendidos, na instituição.

e) Denominador: É a somatória total dos valores relevância dos componentes do indicador PCCP.

f) Cálculo do Indicador:

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

g) Fontes de informação:

São consideradas as fontes documentais (ideal), como relatórios de visitas de inspeção específicos a determinado serviço ou relatório

geral de atividades diárias do SCIH. Entrevistas com os prestadores do serviço também podem constituir fonte de informação dessas ações de controle e prevenção de IH, em uma primeira avaliação. Já, as subseqüentes deverão exigir fontes registradas.

Serão considerados como *inaplicáveis (INA)* componentes de atividades de controle e prevenção de IH que a instituição sob avaliação não contempla, em razão de suas características de assistência.

h) Critérios para a avaliação:

Pelo menos um tipo de atividade de prevenção e controle de IH (I – inspeção programada; D – orientação/ avaliação de diretrizes introduzidas; R – participação em reuniões; C – consultas/ orientação por demanda espontânea; O – outras atividades) no período de 12 meses.

- **Atende (AT):** Atividade de controle de IH sob avaliação foi realizada pelos profissionais do SCIH e os resultados dessa atividade são registrados em relatórios.
- **Atende Parcialmente (AP):** Atividade de controle de IH sob avaliação foi realizada pelos profissionais do SCIH, segundo entrevista, mas não foi registrada (**1ª avaliação**).
- **Não atende (NA):** Atividade de controle de IH sob avaliação foi realizada pelos profissionais do SCIH, mas não foi registrada (**2ª avaliação**), ou não foi realizada atividade de controle de IH sob avaliação.
- **Inaplicável (INA):** A instituição não possui o setor que contempla ou incorpora a atividade de prevenção e controle de IH sob avaliação.

PLANILHA DE APLICAÇÃO DO INDICADOR 4 – ATIVIDADES DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCCP).

CÓDIGO	COMPONENTE	FUNDAMENTAÇÃO	RELEVÂNCIA				
				AT	NA	AP	INA
PCCPDI	UNIDADE DE DIÁLISE (I - D - C - O)	B/C	4				
PCCPBS	BANCO DE SANGUE (I - D - C - O)	B/C	4				
PCCPAC	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS (I - D - C - O)	B/C	4				
PCCPAP	LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA (I - D - C - O)	B/C	4				
PCCPUI	UNIDADES DE INTERNAÇÃO (I - D - C - O)	B/C	4				
PCCPUT	UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (ADULTO, INFANTIL E NEO) (I - D - C - O)	B/C	4				
PCCPBE	BERÇÁRIO (I - D - C - O)	B/C	4				
PCCPCM	CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (I - D - C - O)	B/C	4				
PCCPCC	CENTRO CIRÚRGICO (I - D - C - O)	B/C	4				
PCCPPS	PRONTO SOCORRO (I - D - C - O)	B/C	4				
PCCPAM	AMBULATÓRIO (I - D - C - O)	B/C	3				
PCCPSF	SERVIÇO DE FARMÁCIA (I - D - C - O)	B/C	3				
PCCPSN	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (I - D - C - O)	B/C	4				
PCCPDT	PARTICIPA NAS DECISÕES TÉCNICAS PARA ESPECIFICAÇÃO E AQUISIÇÃO DE PRODUTOS E CORRELATOS	B/C	4				
			Total				
			54				

* Identificar os tipos de atividades de controle e prevenção de IH:

I - Inspeção, conforme legislação específica vigente ou diretriz do hospital;

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

R - Participação em reuniões;

C - Consultas/ orientação por demanda espontânea;

O - Outra atividade. Qual ?

OBS:

Cálculo do Indicador:

ANEXO C – Manual de Evidências para Aplicação dos Indicadores de Avaliação da Qualidade dos PCIH's – Silva (2010)

MANUAL DE EVIDENCIAS PARA APLICAÇÃO DOS INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCIH).

EVIDENCIAS POSSÍVEIS PARA INDICADOR 1- ESTRUTURA TÉCNICO-OPERACIONAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCET):

CÓDIGO	COMPONENTES	EVIDENCIAS
PCETMS	A CCIH É REPRESENTADA, NO MÍNIMO, POR MEMBROS DO SERVIÇO MÉDICO, ENFERMAGEM E ADMINISTRAÇÃO.	- Há norma de funcionamento ou regimento interno da CCIH/SCIH. OU - Há documento formal de nomeação dos membros da CCIH/SCIH. E - Há atas de reuniões, periódicas, que validem a participação dos membros.
PCETRG	HÁ UM REGIMENTO QUE DETERMINA O FUNCIONAMENTO DA CCIH E/ OU SCIH	-Há norma ou regimento institucional que descreva as principais atividades e forma de trabalho da CCIH/SCIH.
PCETPE	HÁ DOIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, COM NÍVEL SUPERIOR, QUE EXECUTAM AÇÕES EXCLUSIVAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE IH, PARA CADA 200 LEITOS, SENDO QUE UM DELES É O ENFERMEIRO (CONSORCIADO OU NÃO)	- Evidenciar por meio de entrevista quais os profissionais que trabalham exclusivamente com controle de IH. Obrigatoriamente devem ter nível superior (2/cada 200 leitos). Preferencialmente um deve ser enfermeiro. E - Há documento que evidencie o trabalho desses colaboradores (ata de reunião, relatórios de atividades ou ainda ficha funcional de RH).

PCETDE	O ENFERMEIRO ATUA COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA NO SERVIÇO, PELO MENOS 6 HORAS/ DIA	- Evidenciar por meio de entrevista o trabalho exclusivo do enfermeiro com controle de IH. E - Há documento que evidencie o trabalho desse colaborador (ata de reunião, relatórios de atividades ou ainda ficha funcional de RH/ descrição de cargos).
PCETDO	HÁ OUTRO PROFISSIONAL, COM NÍVEL SUPERIOR, QUE ATUA COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA NO SERVIÇO, PELO MENOS 4 HORAS/ DIA	- Evidenciar por meio de entrevista o trabalho exclusivo de pelo menos mais um colaborador de nível superior com controle de IH. E - Há documento que evidencie o trabalho desse colaborador (ata de reunião, relatórios de atividades ou ainda ficha funcional de RH/ descrição de cargos/ contratos de prestação de serviços).
PCETRP	A CCIH REALIZA REUNIÕES PERIÓDICAS COM PARTICIPAÇÃO DOS MEMBROS EXECUTIVOS E LIDERANÇAS	- Há evidências de reuniões periódicas (conforme explicitado em regimento ou norma), com participação dos membros executivos e lideranças, registrado em atas.
PCETMP	HÁ SUPORTE DE LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA E PATOLOGIA, PRÓPRIO OU TERCEIRIZADO	- Há evidências de apoio de laboratório (clínico e patologia), com envio de resultados impressos ou por meio digital, ou ainda relatórios de resultados de perfil de sensibilidade microbiana, periodicamente (diariamente/ semanalmente).

PCETEF	HÁ ESPAÇO FÍSICO DELIMITADO E EXCLUSIVO PARA AS ATIVIDADES DIÁRIAS, ARQUIVOS, ETC. DA CCIH OU DO SCIH	-Checar estrutura física para atividades diárias de controle de IH, como sala exclusiva, mobiliários adequados, computador, armários, linha telefônica, literatura, etc., que evidenciem trabalho contínuo e exclusivo.
PCETRI	HÁ DISPONIBILIZAÇÃO DE RECURSOS INFORMATIZADOS PARA AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA CCIH OU SCIH	-CHECAR ESTRUTURA DE INFORMAÇÃO PARA ATIVIDADES DIÁRIAS DE CONTROLE DE IH, COMO COMPUTADOR, EMAIL, TELEFONES, SOFTWARE, ETC.(TIPO DE INFORMAÇÃO E PERIODICIDADE), QUE EVIDENCIEM TRABALHO CONTÍNUO E EXCLUSIVO.
PCETRE	A ADMINISTRAÇÃO DISPONIBILIZA DADOS ESTATÍSTICOS (Nº DE ADMISSÕES, ALTAS, ÓBITOS, PACIENTES-DIA, ETC.) PARA REALIZAÇÃO DE RELATÓRIOS DA CCIH OU SCIH	- A ADMINISTRAÇÃO DISPONIBILIZA, FORMALMENTE, POR MEIO DE RELATÓRIOS ESTATÍSTICOS, INFORMES (IMPRESSOS E/OU DIGITAIS) NÚMERO DE ADMISSÕES, ALTAS, ÓBITOS, PACIENTE/ DIA, DISPOSITIVOS/DIA). E -EXISTEM RELATÓRIOS FORMAIS REALIZADOS PELA CCIH/SCIH QUE EVIDENCIEM O USO DESSES DADOS.

EVIDÊNCIAS POSSÍVEIS PARA O INDICADOR 2 - DIRETRIZES OPERACIONAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCDO):

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

E

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

E

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

EVIDÊNCIAS POSSÍVEIS PARA O INDICADOR 3 - SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCVE):

Código	Componente	evidências
PCVEIH	REALIZA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (GLOBAL OU POR COMPONENTE) COM PERIODICIDADE DETERMINADA	<p>-Há registro das visitas e/ou acompanhamento de casos suspeitos e confirmados de IH nas unidades pré-estabelecidas para vigilância epidemiológica ou globalmente realizadas (relatórios estatísticos, atas, instrumentos de busca) com periodicidade pré determinada pelo serviço.</p> <p>E</p> <p>- O profissional de controle de IH, em entrevista, é capaz de descrever detalhadamente o processo de vigilância epidemiológica das IH.</p>
PCVEBA	REALIZA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE IH POR MEIO DE BUSCA ATIVA DE CASOS	<p>- Há registro das visitas e/ou acompanhamento de casos suspeitos e confirmados de IH nas unidades pré-estabelecidas para busca ativa de casos (relatórios estatísticos, atas, instrumentos de busca).</p> <p>E</p> <p>- O profissional de controle de IH, em entrevista, é capaz de descrever detalhadamente o processo de busca ativa de casos de IH.</p>

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

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

EVIDÊNCIAS POSSÍVEIS PARA O INDICADOR 4- ATIVIDADES DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCCP).

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

- I** – inspeção programada (visita técnica, auditoria);
- D** – orientação/ avaliação de diretrizes introduzidas (ata de reunião local/SCIH, relatórios, manuais);
- R** – participação em reuniões (atas, relatórios);
- C** – consultas/ orientação por demanda espontânea (ata de reunião local/SCIH, relatórios, manuais, cartas ou informes);
- O** – outras atividades (aulas, palestras, treinamentos, comunicados).

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

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