

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM
SAÚDE**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ENFERMAGEM

VERÔNICA MARY CARVALHO DE AZEVEDO

**AVALIAÇÃO DAS COMISSÕES DE CONTROLE DE
INFECÇÃO HOSPITALAR DOS HOSPITAIS PÚBLICOS
MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE GRANDE PORTE NA
CIDADE DE FORTALEZA-CE**

**FORTALEZA - CEARÁ
2008**

VERÔNICA MARY CARVALHO DE AZEVEDO

**AVALIAÇÃO DAS COMISSÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
DOS HOSPITAIS PÚBLICOS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE GRANDE PORTE
NA CIDADE DE FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde.

Área de concentração: Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Lucilane Maria Sales Silva

FORTALEZA-CEARÁ

2008

VERÔNICA MARY CARVALHO DE AZEVEDO

**AVALIAÇÃO DAS COMISSÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
DOS HOSPITAIS PÚBLICOS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE GRANDE PORTE
NA CIDADE DE FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde, Área de Concentração em Enfermagem

Aprovada em 17/12/2008

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª Lucilane Maria Sales da Silva

(Orientadora - Presidente)

Universidade Estadual do Ceará – UECE

Profª Drª Joselany Áfio Caetano

Universidade Federal do Ceará – UFC

(Membro Efetivo)

Profª Drª. Ana Virginia de Melo Fialho

Universidade Estadual do Ceará – UECE

(Membro Efetivo)

Profª. Dra. Lúcia de Fátima da Silva

Universidade Estadual do Ceará

(Membro Suplente)

AGRADECIMENTOS

À Deus, princípio, meio e razão da existência de todas as coisas no universo, pelo conforto espiritual e psicológico em todos os momentos;

À família, pelo apoio, paciência, amor, incentivo, confiança e respeito a mim em todas as escolhas e opções que tenho feito na minha vida;

À Prof^a Dr^a Lucilane Maria Sales Silva, orientadora, pelas contribuições na elaboração desta dissertação;

Aos meus amigos, por serem simplesmente, amigos;

À Rede Sarah de hospitais, pelo exemplo prático de virtudes fundamentais ao cuidado e assistência ao paciente.

Aos meus amigos, e colegas de trabalho do Centro de Reabilitação Sarah Fortaleza

Aos meus amigos e professores da turma de mestrado em cuidados clínicos em saúde da Universidade Estadual do Ceará. O meu muito obrigada pelo companheirismo, ajuda e incentivo;

Aos hospitais que participaram deste estudo em especial aos enfermeiros que colaboraram na entrevista, pela dedicação ao trabalho na luta pela prevenção e controle das infecções hospitalares.

“A doença é um estado do ser humano que indica que, na sua consciência, ela não está mais em ordem, ou seja, sua consciência registra que não há harmonia. Essa perda de equilíbrio interior se manifesta no corpo como um sintoma, sendo assim, o sintoma é sinal e um transmissor de informações pois, com seu aparecimento, se interrompe o fluxo de nossa vida e nos obriga a prestar-lhe atenção. O sintoma avisa que, como pessoas, nós estamos doentes, isto é, o equilíbrio de nossas forças anímicas interiores está comprometido. O sintoma nos informa que está faltando alguma coisa”.

(Thorwald Dethiefsen e Rudiger Dahike)

RESUMO

Infecção Hospitalar é uma condição localizada ou sistêmica que resulta de uma reação adversa na presença de agente(s) infeccioso(s) ou de sua(s) toxina(s) e que não estava presente ou incubada no dia da admissão no hospital. Conforme Ministério da Saúde do Brasil (MS) para o cumprimento e execução de um Programa de Controle e Prevenção das Infecções Hospitalares (PCIH) faz-se necessário a composição de uma Comissão formada por profissionais da área de saúde conhecida como Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Esta deve ser efetiva e estar em funcionamento pleno e integral para garantir a elaboração de um programa possivelmente viável, específico e adequado a cada realidade institucional. O objetivo geral deste trabalho foi avaliar as CCIH dos hospitais públicos municipais e estaduais de grande porte na cidade de Fortaleza-CE. Sendo objetivos específicos verificar a estrutura organizacional e funcional das CCIH e sua adequação as ações incluídas em seus PCIH. Identificar a adequação do processo de trabalho da equipe da CCIH. Verificar o cumprimento das exigências da [Portaria GM nº 2616/98](#), no que diz respeito à implantação do PCIH. Foi utilizado como instrumento um check-list elaborado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) conhecido como RDC-n. 48 de 2000. Estudo descritivo, de natureza quantitativa que para análise estatística foi utilizado distribuição de frequência entre os itens por hospital. Um índice de eficiência dos hospitais foi proposto de forma arbitrária com base na recomendação da ANVISA, em relação a itens imprescindíveis, necessários e recomendados, nos quais receberam peso 5, 3 e 2 respectivamente. A população participante da pesquisa foram os coordenadores das CCIH. Os hospitais participantes do estudo foram os de grande porte, públicos, estaduais e municipais mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e de referência na Cidade de Fortaleza-CE. Com intuito de se preservar a identidade dos hospitais optou-se por identificá-los por H1, H2, H3, H4 e H5. Como resultado foi observado quanto a presença dos itens imprescindíveis cujo resultado foi de 100% dos itens presentes nos hospitais H1, H2, H4 e H5. No hospital H3 os itens imprescindíveis presentes foram de 92% na avaliação do PCIH. Quanto aos itens necessários, estes apresentaram índices mais variados, com H1 apresentando índice de 94%. H2 índice de 86% dos itens necessários presentes. O H3 com índice de 98%. H4 com 98% e H5 com índice de 98%. Quanto as ações consideradas recomendadas, estas apresentaram índices mais baixos em relação às demais categorias, sendo H1 com 80% dos seus itens avaliados presentes. H2 e H3 com 80%. H4 com 70% dos itens presentes e H5 com maior índice de itens presentes – 90%. Em relação ao índice de eficiência, observou-se que H3 apresentou índice de eficiência mais baixo (92%). H1 apresentou 96,6% de eficiência. H2 - 94,73%. H4 - 96,53% e H5 índice de 98,53%. Conclui-se, portanto que os PCIH estão implementados e as CCIH estão formalizadas, porém devido a escassez e/ou ausência de documentação apresentada, tais comissões não demonstraram serem atuantes nos hospitais estudados.

Palavras-chave: Infecção hospitalar. CCIH. PCIH

ABSTRACT

Hospital infection (also known as nosocomial infection) is a localized or systemic condition that results from an adverse reaction in the presence of (an) infectious agent(s) or the toxin(s) thereof, which were not present or incubated on the day of admission to the hospital. According to the Brazilian Health Ministry (MS), for the implementation and fulfillment of a Program of Prevention and Control of Hospital Infections (PCHI), it is necessary to institute a Commission, comprised of healthcare practitioners, known as the Commission for the Control of Hospital Infection (CCHI). This Commission should be effective and be in full operation to ensure the development of a feasible program, specific and suitable to each institutional reality. The aim of this study was to evaluate the CCHIs of large municipal and state hospitals of the city of Fortaleza-CE, Brazil. The specific objectives were to determine the organizational and operational structure of the CCHIs and the adequacy thereof regarding the actions included in the respective PCHIs; to identify the adequacy of the work process of the CCHI team; and to verify the fulfillment of the requirements of GM Ordinance nº 2616/98 concerning the implementation of the PCHI. A checklist prepared by Brazil's National Agency of Sanitary Surveillance (ANVISA), known as DRC-n. 48-2000, was used as an instrument of verification. This is a descriptive study of a quantitative nature. For statistical analysis, we used a frequency distribution among the items per hospital. An efficiency index of the hospitals was proposed in an arbitrary fashion, based on ANVISA's recommendations regarding items considered as "essential," "necessary" and "recommended," which were assigned weights of 5, 3 and 2, respectively. The participants in this research were the coordinators of the CCHIs. The hospitals participating in the study were large, public state and municipal hospitals maintained by Brazil's Unified Health System, or "SUS" (*Sistema Único de Saúde*), all of which are benchmarks in the city of Fortaleza. In order to protect the identity of the hospitals, we chose to identify them as H1, H2, H3, H4 and H5. Regarding the presence of "essential" items, the result was 100% of such items at hospitals H1, H2, H4 and H5, while H3 had 92% of the "essential" items in place according to the assessment of PCHI. As far as the "necessary" items, these showed more varied indices: H1 had an index of 94% of the "necessary" items in place, while H2 had an index of 86% and H3 had an index of 98%. Both H4 and H5 had indices of 98%. Regarding the items defined as "recommended," these had lower indices in relation to the other categories: H1 had 80% of its assessed items in place. Both H2 and H3 had 80% of these items and H4 had 70%; H5 had the highest index of items present (90%). For the efficiency index, we observed that H3 showed the lowest efficiency index (92%). The other efficiency indices are as follows: H1 (96.6%); H2 (94.73%); H4 (96.53%); and H5 (98.53%). It was therefore concluded that the PCHIs have been implemented and the CCHIs have been formalized, but due to the scarcity and/or lack of documentation, such commissions were shown not to be fully working at the hospitals studied.

Keywords: Hospital (Nosocomial) Infection. CCHI. PCHI

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição dos dados relativos aos itens de inspeção, imprescindível, necessários e recomendados, do Programa e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar dos hospitais de grande porte- Fortaleza-CE-2008	52
Quadro 2	Distribuição dos dados relativos aos itens de inspeção necessários do Programa e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar dos hospitais de grande porte- Fortaleza-CE-2008.	53
Quadro 3	Distribuição dos dados relativos aos itens de inspeção recomendados do Programa e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar dos hospitais de grande porte- Fortaleza-CE-2008.	55
Quadro 4	Distribuição dos dados relativos aos Membros Executores do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, itens imprescindível, necessários e recomendados, dos hospitais de grande porte- Fortaleza-CE-2008	56
Quadro 5	Distribuição dos dados relativos aos Membros Executores do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, itens necessários dos hospitais de grande porte- Fortaleza-CE 2008.	57
Quadro 6	Distribuição dos dados relativos aos Membros Executores do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, itens recomendados dos hospitais de grande porte- Fortaleza-CE-2008.	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Inspeção do programa de controle de infecção hospitalar nos hospitais de grande porte de Fortaleza – 2008	79
Gráfico 2	Índice de eficiência dos programas de controle de infecção hospitalar nos hospitais de grande porte de Fortaleza-2008	81

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
APECIH	Associação Paulista de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Disease Control Center and Prevention
HICPAC	Hospital Infection Control Practices Advisory Committee
IH	Infecção Hospitalar
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
MS	Ministério da Saúde
NNISS	National Nosocomial Infections Surveillance System
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar
PCIAS	Programa de Controle de Infecção Assistência a Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SENIC	Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SINAISS	Sistema Nacional de Informação para Controle de Infecções em Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo geral.....	27
2.2 Objetivos específicos.....	27
3 ASPECTOS HISTÓRICOS DA INFECÇÃO HOSPITALAR.....	28
4 INFECÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL.....	34
5 COMISSÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	42
6 PROGRAMA DE CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR.....	47
7 MATERIAIS E MÉTODOS.....	50
7.1 Tipos de estudo.....	50
7.2 População.....	50
7.3 Hospitais participantes do estudo.....	51
7.4 Critérios de inclusão.....	53
7.5 Coleta de dados.....	54
7.6 Análise dos dados.....	56
7.7 Aspectos éticos.....	57
8 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	58
9 CONCLUSÃO	90
10 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	93
APÊNDICES.....	105
ANEXOS.....	108

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Hospitalares (IH) atualmente no Brasil vêm tornando-se mais conhecida pela sociedade em geral, em especial aquela usuária do sistema de saúde, como também objeto de maior preocupação dos órgãos governamentais e de publicações científicas na área médica, representando significativo avanço nesta área de grande importância do setor saúde.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (*apud* Rouquayrol (2005) infecção é a penetração e o desenvolvimento ou multiplicação de um agente infeccioso no organismo de uma pessoa.

IH é uma condição localizada ou sistêmica resultante de uma reação adversa desenvolvida pela presença de agente(s) infeccioso(s) ou de sua(s) toxina(s) que não estavam presentes ou incubados por ocasião da admissão hospitalar (CDC,1994). Estes critérios de definição foram adotados oficialmente no Brasil em 1995 e foram validados em diversos países.

Conforme definição do Ministério da Saúde do Brasil (MS) IH pode ainda ser definida como qualquer infecção adquirida após a internação do paciente, se manifestando durante a internação ou mesmo após a alta, e podendo ser relacionada com a internação e/ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998).

Outras definições convergentes relatam ser a IH um evento adverso decorrente da hospitalização do paciente se tornando importante foco de atenção nas últimas décadas, embora desde a Antiguidade haja relatos sobre a disseminação de doença epidêmica dentro do hospital (TURRINI, 2000).

BERLINGUER (1994), "conceitua o controle de infecção hospitalar como a "capacidade de intervir com finalidade de evitar danos". Isto é bem aplicável, já que podemos intervir impedindo a disseminação de doenças e agentes infecciosos por meio de inúmeras ações como normas de isolamento ou redução do risco de infecções cirúrgicas usando antibioticoprofilaxia, por exemplo.

As IH representam também um dos principais problemas que interferem na qualidade da assistência médica devido à importante incidência, letalidade significativa, aumento no tempo de internação e no consumo de medicamentos, além dos custos indiretos, como aqueles representados pela interrupção da produção do paciente e os custos intangíveis ou difíceis de avaliar economicamente, como os distúrbios provocados pela dor, mal-estar, isolamento, enfim, pelo sofrimento experimentado pelo paciente (ANDRADE, 2005).

De acordo com FERNANDES (2000), a IH representa uma das principais causas de mortalidade entre pacientes hospitalizados, refletindo em um dos maiores problemas de saúde pública, com grandes impactos humanos, sociais e econômicos dos tempos atuais e o aparecimento destas infecções estão relacionadas à necessidade de hospitalização surgida no final de século XIX, com o advento da revolução industrial, como alternativa e recurso principal no tratamento das doenças.

Algumas IH são evitáveis e outras não. Infecções preveníveis são aquelas possíveis de se interferir na cadeia de transmissão dos microrganismos. A interrupção dessa cadeia pode ser realizada por meio de medidas reconhecidamente eficazes como a lavagem das mãos, o processamento dos artigos e superfícies, a utilização dos equipamentos de proteção individual, no caso do risco laboral e a observação das medidas de assepsia. As não preveníveis são aquelas possíveis de ocorrer a despeito de todas as precauções adotadas, como se pode constatar em pacientes imunologicamente comprometidos, originárias a partir da sua microbiota residente (PEREIRA et al., 2005).

Segundo a ANVISA (2004) estas infecções preveníveis mais especificamente podem estar associadas às falhas no processo da assistência, em especial no processo de esterilização, preparo de medicações parenterais e na execução de procedimentos invasivos, elevando significadamente o risco de aquisição das infecções para os pacientes.

A influência do ambiente na transmissão desses agentes infecciosos pode ser crucial no processo da infecção e esta transmissão pode dar-se por via direta

(mãos dos profissionais de saúde), e/ou ainda de forma indireta (equipamentos, superfícies ambientais, ar e água) exigindo medidas de prevenção (SANTOS, 2002; CORTES et al 2000).

Atualmente, as diretrizes gerais para o controle das infecções em serviços de saúde são delineadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada em 1999 pela Lei nº 9.782. É uma autarquia sob regime especial, ou seja, uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira. A gestão da ANVISA é responsabilidade de uma Diretoria Colegiada, composta por cinco membros, e tem como missão: "Proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso" (BRASIL, 1999).

A ANVISA fiscaliza no âmbito nacional, o Programa de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (PCISS). Para ela, este programa é sinônimo de controle de qualidade, tendo como meta maior nesta área de controle de qualidade e prevenção de riscos a divulgação das ações que possam prevenir as infecções adquiridas nas unidades de saúde - hospitais, clínicas e ambulatórios, reforçando a finalidade institucional desta Agência que é promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionadas (BRASIL, 1999).

O reconhecimento internacional da IH "moderna" endógena e multi-resistente, iniciou-se na década de 40 por meio de uma pandemia por *Staphylococcus aureus*. Tal período coincide com o pós-guerra e o desenvolvimento da tecnologia médico-hospitalar através de equipamentos e medicamentos como antibióticos e imunossupressores, favorecendo a evolução do modelo clínico, de característica diagnóstica e terapêutica eminentemente invasiva. Quando se pensava ter superado a problemática das infecções com o advento da penicilina, aliada à hemostasia e analgesia, e que as intervenções invasivas não teriam mais limites, surge essa qualidade de infecção (LACERDA, 2002).

As IH são consideradas um problema de saúde pública por ser resultante de múltiplas ações relacionadas à assistência a saúde humana (FERNANDES, 2000). Como um problema de saúde pública sabidamente reconhecida, requer atenção e o interesse de órgãos governamentais. Para tal, deve ser contemplada com políticas públicas em saúde.

As políticas públicas em saúde integram o campo da ação social do Estado e são direcionadas para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho (LUCCHESI, 2004). Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Ainda conforme LUCCHESI (2004), no Brasil, as políticas públicas de saúde baseiam-se desde 1988, conforme a Constituição Federal promulgada nesse ano, pelos princípios da universalidade e da equidade ao acesso às ações e serviços, e pelas diretrizes de descentralização da gestão, da integralidade do atendimento, e da participação da comunidade na organização de um sistema único de saúde no território nacional

Segundo LACERDA (2003), na área da saúde, as práticas de controle de infecção hospitalar no Brasil são determinadas por políticas públicas sociais embasadas na Lei n.9431/97 e na Portaria n. 2.616/98 do Ministério da Saúde.

Em 1980, com o episódio da morte do presidente Tancredo Neves, a IH tornou-se popular com o trabalho realizado pela mídia. É nesse período que começam, então, as denúncias das IH, e seus riscos passam a fazer parte do cotidiano da população brasileira, por meio das manchetes em jornais (SILVA, 2003).

O projeto de Lei N. 124 de 2004 do Senado Federal estabelece como justificativa para as orientações e recomendações da manutenção do PCIH, o fato

das IH no Brasil representarem a quarta causa de mortalidade, uma das mais freqüentes e graves complicações que acometem pacientes hospitalizados provocando graves repercussões econômicas e sociais, acrescentando em média, cinco a dez dias ao período de internação, elevando os custos assistenciais e se constituindo em importante causa de morte durante a hospitalização (BRASIL, 2004).

Eventos como o aparecimento dos microorganismos multirresistentes aos antibióticos e os avanços tecnológicos relacionados aos procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos, passaram a constituir risco à saúde dos usuários e associados aos altos índices de IH. Estas infecções adquiridas no ambiente hospitalar pode prolongar o tempo de hospitalização de um indivíduo. Nos Estados Unidos, por exemplo, de acordo com dados do *National Nosocomial Infections Surveillance System* (NNISS) entre 2,2% e 4,1% dos pacientes internados adquirem pelo menos uma infecção durante a hospitalização (ALVAREZ-LERMA, F. et al, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), conforme estudos do *Center Disease Control* (CDC), em hospitais americanos as IH prolongam a permanência de um paciente no hospital em pelo menos quatro dias e geram custos adicionais de U\$ 1.800,00 em média.

No Brasil mesmo existindo uma legislação vigente, os dados sobre IH ainda são pouco divulgados pelo fato de não serem consolidados por muitos hospitais, o que tem dificultado a aquisição de um diagnóstico que retrate a dimensão do problema no país na atualidade (SOUZA, *et al.* 2007).

A mobilização de esforços para o controle da IH iniciou-se concomitantemente ao reconhecimento de sua ocorrência. Até onde é possível registrar a origem desse movimento, as publicações científicas disponíveis mostram meados da década de 40, na Inglaterra, através da sugestão de organização de comissões multiprofissionais para investigar e adotar medidas preventivas contra essas infecções. Esta sugestão foi reiterada em 1959, durante a pandemia de

infecções hospitalares por *Staphylococcus Aureus* nos hospitais ingleses (FELIX, 2007). Só então este movimento se espalhou pelos demais países, incluindo o Brasil.

A CCIH é um órgão de caráter deliberativo composta por profissionais de saúde, funcionando diretamente ligado à direção geral da instituição e que, juntamente com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), órgão executivo, tem como objetivo o adequado planejamento, elaboração, avaliação e execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), sendo este definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberadas e sistematicamente, com objetivo de reduzir ao máximo possível à incidência e gravidade das infecções hospitalares, (BRASIL, 1998).

Uma CCIH efetiva e em funcionamento integral garantirá a elaboração de um programa mais prático, possivelmente viável, específico e adequado a cada realidade institucional, possibilitando a mesma de exercer seu papel de transversalidade, por ser um núcleo de atuação prática presente em todos os setores do hospital. A existência desta comissão pode ser de elemento vital e estratégico para melhorar a qualidade da assistência médica, desde que lhe sejam dadas as condições para atuar efetivamente (MARTINS, 2001).

Estar claro com o advento dos recursos tecnológicos e a evolução das ciências, em especial no campo da saúde, os agravos a saúde embora tenham se intensificado, podem ser prevenidos e/ou minimizados com a participação mais integral da CCIH, fazendo com que haja um maior incremento das atividades inerentes a prática médico-assistencial, como o uso adequado das tecnologias de tratamento e diagnóstico, ações educativas e maiores incentivos para a conscientização da equipe de saúde (LACERDA, 1997).

A IH passou a ser vista como um epifenômeno, que serve como importante índice da qualidade da assistência médico-hospitalar, e o serviço de prevenção passaram a ser considerado programa prioritário de garantia de qualidade, na área de assistência médica. (SILVA, 2003).

Qualidade em saúde nos remete a referências como a da atuação de *Florence Nightingale* (1820-1910), fato historicamente importante. Foi esta enfermeira que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, em 1854, durante a Guerra da Criméia, baseando-se em dados estatísticos. No hospital de *Scutari*, os resultados de suas intervenções – rígidos padrões sanitários e de cuidados de enfermagem – propiciaram um significativo declínio da taxa de mortalidade de 40% para 2% (BALSANELLI e JERICO, 2005)

Por volta de 1960 foi criada a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), de natureza privada, com objetivo de introduzir conceitos de qualidade para análise de casos por meio de auditoria. Essa comissão proporcionou o desenvolvimento de indicadores, padrões e critérios, visando a auxiliar as organizações a melhorarem a qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Esse movimento levou a JCAH a ampliar seu domínio de atuação, passando a denominar-se, a partir de 1988, *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* – (JCAHO), demonstrando a expansão de suas atividades como tentativa de garantir a qualidade dos serviços de saúde (MALIK e SCHIESARI, 1998). Esta organização tem sido um dos modelos seguidos por outros países, inclusive o Brasil, para busca de padrões na assistência de saúde.

Um programa de Acreditação em controle de infecção tem como objetivo qualificar as instituições hospitalares públicas ou privadas no âmbito das IH, conhecer e avaliar o desempenho técnico das CCIH e reconhecer publicamente os hospitais que realmente efetivam as ações de controle de IH.

No decorrer dos anos 80, a qualidade dos serviços passou a ser assunto prioritário no setor saúde, sendo impulsionada por diversos fatores, como o elevado custo da assistência à saúde; a conseqüente necessidade de redução dos gastos; o aumento dos processos judiciais por erros médicos; a maior exigência de qualidade por parte dos usuários; e a precisão de melhor organização dos serviços, com o intuito de otimizar a relação custo/benefício. Tais situações refletem as conseqüências que implicam em altos índices de infecções hospitalares, sendo o

controle e a prevenção destas, mais uma forte razão que fundamenta a busca pela qualidade nos serviços de saúde.

Segundo a OMS qualidade é definida como um conjunto de atributos incluindo um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao paciente/cliente, um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes (OMS, 1981; DONABEDIAN, 1992).

O controle de qualidade em instituições de saúde é motivo de movimentação de diversos recursos humanos e financeiros com objetivo do provimento desta qualidade. Esta movimentação baseia-se justamente no fato de que a qualidade no atendimento tem como resultado último, o custo-efetividade, ou seja, os resultados são suficientemente positivos, de forma a que os custos sejam justificáveis.

A avaliação da qualidade das ações de controle de IH foi realizada por Prades et al (1995) com o objetivo de avaliar o desenvolvimento das ações de assistência direta hospitalar e orientar plano de diretrizes brasileiras para essa área. Os resultados mostraram que a média de pontos dos hospitais foi de um terço do máximo esperado ($35\% \pm 17\%$).

Vários autores fizeram referência às possibilidades de aplicação de métodos de controle estatístico em serviços de saúde, todavia foi Avedis Donabedian a partir da década de 80, que passou a publicar diversos trabalhos retratando a sua preocupação com o tema qualidade e de como avaliá-la no setor saúde.

O controle de infecção está diretamente ligado ao conceito de qualidade da assistência à saúde e suas ações, a depender de como são executadas, influenciam diretamente nos resultados. O julgamento da qualidade da atenção médica deve estar em conformidade com os conhecimentos técnico-científicos, além

dos valores e expectativas individuais e sociais do paciente, determinando a eficácia e a legitimidade das ações (DONABEDIAN, 1992).

Donabedian (1988) define qualidade na área de saúde como sendo a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o paciente, benefícios estes que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos e valores sociais existentes.

Nesta definição devem-se considerar as dimensões técnicas referentes à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos, de forma a maximizar os benefícios e minimizar os riscos. As interpessoais representadas pela relação entre os prestadores de serviços e o paciente; e as ambientais que se referem às comodidades oferecidas em termos de conforto, segurança e bem-estar.

Donabedian (1988) sistematizou a avaliação qualitativa da atenção médica em três aspectos a serem considerados: estrutura, processo e resultado. A estrutura corresponde aos recursos utilizados (físicos, humanos, materiais, administrativos e de financiamento). O processo compara os procedimentos empregados com os estabelecidos como normas pelos próprios profissionais de saúde. Os resultados correspondem ao estado de saúde da população ou indivíduos, em consequência da interação ou não destes com os serviços de saúde.

McGlynn e Steven (1998) consideram três critérios para a escolha de práticas ou áreas a serem submetidas a medidas de avaliação de qualidade: 1) Importância da condição ou problema a ser avaliado. Um problema de saúde é importante, se: a) contribui significativamente na morbidade e mortalidade (alto risco); b) está associado com altos índices de utilização (alto volume), ou c) o tratamento é de alto custo (alto custo de vida). 2) Potencial para a implementação de qualidade. Não são todas as áreas ou práticas que podem ser rotineiramente monitoradas para desempenho de qualidade e a seleção deve ocorrer onde há evidência de que a qualidade é variável ou subpadronizada (evidência). E 3) Grau de controle dos mecanismos para a implementação do cuidado ou da prática pelos profissionais. As medidas de qualidade são úteis quando o processo ou o resultado

sob avaliação pode ser influenciado pelos profissionais envolvidos e as ações de melhoria podem ser identificadas (melhoria contínua de qualidade). Outro critério refere-se à necessidade do controle e qualificação de uma dada prática por norma ou legislação governamental (obrigação legal). Este é o caso da área de controle de infecção hospitalar (LACERDA, et al 2006).

Portanto entende-se que o processo de avaliação é um item fundamental da gestão e no caso específico de avaliação da CCIH, as repercussões podem trazer grandes colaborações na atuação clínica dos profissionais e na prevenção do aparecimento das IH. Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas - a avaliação normativa - ou se elaborar a partir de um procedimento científico - a pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Concordamos com Novaes (2000) quando afirma que a idéia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, por ter como característica nuclear o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade, na acepção atual do termo.

Muito se fala em qualidade da assistência como fundamento para o controle e prevenção das IH, e muitos trabalhos com proposta de avaliação surgiram seguindo esta abordagem, em especial a de autores referencia neste tipo de avaliação como Donabedian. Optamos por citá-los como forma de enriquecer o trabalho, porém como referencial teórico que embasa este estudo foi utilizado para aplicabilidade e referência da pesquisa as leis vigentes no país como a Portaria MS 2616/98 e RDC 48 da ANVISA de 2000.

É importante entender o tipo de avaliação no qual se pretende, podendo variar desde a análise das condições estruturais e contextuais relacionadas ao processo de implantação de uma intervenção, incluindo a avaliação de um serviço, ou avaliação de seus efeitos (GOMES, HARTZ, 2001).

Pisco (2006) afirma ser a avaliação um poderoso instrumento de mudança não devendo ser visto como uma ameaça, mas sim como um incentivo, para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade. O objetivo não é outro senão a identificação, avaliação e correção de situações potencialmente melhoráveis.

Sabe-se que a ANVISA através das vigilâncias sanitárias estaduais vem realizando este acompanhamento, avaliando e fiscalizando os serviços de saúde, bem como tentando criar um diagnóstico situacional atualizado, com visitas anuais nas instituições prestadoras de assistência à saúde. Porém o trabalho da VISA, ainda é tímido e apesar de seu importante papel político e social, esta não tem conseguido ainda se inserir como um órgão de vigilância, com poder de polícia e de cunho educativo (GIUNTA, 2006).

As visitas são realizadas por técnicos da vigilância sanitária anualmente, representando baixíssimo impacto, pois na maioria das vezes os técnicos da VISA nem retornam aos hospitais para checarem ou cobrarem a solução das irregularidades levantadas, fazendo do trabalho de inspeção algo ineficaz e sem grandes impactos, sem repercussões de mudanças.

O parágrafo 3 do artigo 1 do Projeto de Lei do Senado N 124, de 2004 determina que a concessão ou renovação de autorização para o funcionamento de qualquer serviço de saúde fica condicionada à aprovação do seu Programa de Controle de Infecção Assistência a Saúde (PCIAS), pelo órgão de vigilância sanitária competente (BRASIL, 2004).

Estará a Vigilância Sanitária do Estado do Ceará cumprindo este papel adequadamente? A realidade e situação dos hospitais atualmente podem refletir o cumprimento deste papel?

A situação dos hospitais públicos da cidade Fortaleza é conhecida por quem os frequenta e também por toda sociedade. Sabe-se que a maioria deles encontra-se em processo de construção e adequação constante, devido às más

condições estruturais, com grande lotação e infra-estruturas precárias. Fatos que corroboram e refletem deficiências na sua administração.

Reforçar inteiramente o quanto é importante uma CCIH ativa, participativa, que interaja com todos os setores do hospital vem do entendimento de que esta atuação possui resultados favoráveis, já demonstradas em trabalhos nacionais e internacionais como o elaborado pelo CDC-EUA, no período de 1974 a 1984, projeto este chamado de *Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control* (SENIC), nos EUA. Segundo Fernandes apud Brachman (2000), o referido estudo mostrou uma redução de cerca de 32% de todas as infecções hospitalares, dado principalmente ao fato dos estabelecimentos de saúde disporem de uma CCIH efetiva e atuante, onde conseguiram aplicar na prática um PCIH bem conduzido.

No Brasil há poucos estudos que avaliam diretamente o papel das CCIH, e ainda não se tem um inquérito nacional completo, mas há relatos de autores como Martins (1999), cujos estudos afirmam que a existência desta comissão pode ser de elemento vital e estratégico para melhorar a qualidade da assistência médica, desde que lhe sejam dadas as condições para atuar efetivamente.

De acordo com a primeira pesquisa realizada pelo MS (1994), em 99 hospitais terciários brasileiros, cujo objetivo foi conhecer e avaliar a qualidade das ações de controle de IH, o percentual de incidência das IH foi de 15,5% enquanto a média mundial da incidência das IH é de 5% (PRADES, et al , 1995).

Segundo a ANVISA, em informe técnico, o novo estudo realizado por Santos et al (2005), o segundo no Brasil, para conhecer a situação das CCIH nos hospitais públicos e privados brasileiros, apenas 8% indicaram a utilização dos critérios diagnósticos para IH do NNISS/CDC. Neste estudo foram pesquisados 5611 municípios dos 26 Estados e o Distrito Federal, (número de municípios brasileiros segundo o IBGE 2001), apenas 1009 participaram respondendo os questionários da pesquisa, correspondendo a 17,9%, sendo deste total 76% dos hospitais tinham CCIH nomeadas formalmente.

Ainda conforme Santos et al(2005) e Brasil (2005), mesmo onde existem formalizadas as CCIH, estas não atuam adequadamente, devido ao fato de não seguirem ou cumprirem programas específicos, programas estes existentes em menos da metade (44,3%) dos hospitais que contam com uma Comissão formalmente nomeada. A pesquisa demonstrou a taxa global de infecções apresentada foi de 9%, com 14% de mortalidade associada (letalidade). Importante ressaltar que esta taxa refere-se a apenas 182 hospitais, do total pesquisado, que informaram suas taxas de IH.

Mesmo este índice estando dentro da média mundial de incidência de IH aceita pela OMS variando entre 3% a 20%, com valores médios de 9%, índices que segundo Starling (1993) foram encontrados em pesquisa feita em vários países. Considera-se as taxas nos hospitais brasileiros estejam num patamar mais elevado, considerando a sub-notificação bem como a fragilidade do monitoramento diagnosticado na pesquisa mencionada acima.

O tema em estudo é ainda um assunto que suscitam fortes, porém poucas discussões, com muitas controvérsias e apresenta uma complexidade também pouco compreendida, implicando-se desta forma em necessidades de se investir mais em pesquisas, com objetivo de se formar um diagnóstico mais completo e atualizado da situação nos hospitais brasileiros, tornando estudos como este relevante no sentido de contribuir para o conhecimento da realidade local das CCIH dos hospitais de grande porte, o que irá refletir positivamente para a saúde pública da população.

Nosso interesse nesta pesquisa dar-se em função de ser uma área de trabalho que atuamos por mais de uma década e também por entender e acreditar que um espaço de atuação concreta das CCIH nos hospitais, trará melhorias significativas mais qualidade assistencial, e refletirá em mais segurança para os doentes, com menos gastos para o sistema de saúde.

O Estado do Ceará, como a maioria dos estados brasileiros, vive atualmente uma crise nos seus serviços de saúde, em especial nos hospitais

públicos de referência no estado e município responsável pela maior demanda assistencial da população no que diz respeito a cirurgias, atendimentos de emergências e urgências.

Muitas notícias são vistas quase diariamente, nos telejornais e demais veículos de comunicação como os jornais de maior circulação, sendo as principais queixas aquelas relacionadas à super lotação, escassez de recursos humanos e materiais, falta de equipamentos e medicamentos, demandas que segundo SILVA (2003), certamente estão relacionadas com o trabalho do controle e prevenção das IH, levando a quebra de barreiras necessárias à prevenção deste tipo de evento.

Diante do exposto, elaboramos alguns questionamentos sobre a atuação das CCIH nos hospitais de grande porte, como forma de subsidiar o processo de avaliação dessas Comissões e sua coerência de ação conforme o programa estabelecido e as diretrizes da legislação que a embasa.

Será que a estrutura de funcionamento das CCIH dos hospitais de grande porte, da cidade de Fortaleza está adequada ao seu PCIH? A composição da equipe, bem como as adequações do seu processo de trabalho é suficiente e garantem uma boa ação? As ações realizadas pela CCIH, destes hospitais, estão de acordo com a legislação pertinente, conforme o que preconiza a ANVISA?.

Consideramos que este estudo colabora com a área da CCIH, pois conseguiu gerar questionamentos e discussões críticas que respondem a estes questionamentos. Não pretendemos esgotar o assunto, mas levantar dados importantes e recentes, sob o olhar de uma pesquisadora e profissional externo ao contexto local pesquisado, o que é sempre bom do ponto de vista técnico.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar as comissões de controle de infecção hospitalar dos hospitais públicos de grande porte na cidade de Fortaleza-CE com base na Portaria MS n. 2616/98.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a estrutura organizacional e funcional das CCIH e sua adequação as ações incluídas em seus PCIH;
- Identificar adequação do processo de trabalho da equipe da CCIH dos hospitais.
- Verificar o cumprimento das exigências da Portaria GM nº 2616/98, no que diz respeito à implantação do PCIH no âmbito dos hospitais públicos de grande porte referência em Fortaleza.

3 ASPECTOS HISTÓRICOS DA INFECÇÃO HOSPITALAR

Ao considerar a IH como toda infecção adquirida ou transmitida no ambiente hospitalar, ainda que se manifeste fora dele, sua origem pode ser buscada na idade média, quando foram criados os primeiros hospitais (LACERDA, 2003).

As primeiras referências a respeito de padrões necessários para prevenção de infecções hospitalares, exigidos em programas que visavam a qualidade do cuidado de saúde começou a ser tratado no início do século XX, por volta de 1917, nos Estados Unidos, pelo Colégio Americano de Cirurgiões. Por intermédio de padrões mínimos avaliava-se regularmente a qualidade dos cuidados aos pacientes hospitalizados (LACERDA, 2006).

Neste aspecto, a única referência era a exigência de condições de diagnóstico e estudo dos casos dos pacientes com pelo menos um laboratório com análise química, sorológica, patológica e bacteriológica. Não especificava necessidade de controle de infecções embora pudesse ser deduzida (PATTERSON, 1995).

Há relatos na literatura de que a IH é conhecida desde o século IV depois de Cristo, e segundo Souza et al (1999), apesar de muito antiga, começou a preocupar os profissionais de saúde somente no século passado, na década de 40, com o surgimento dos antimicrobianos e dos avanços tecnológicos.

A junção indiscriminada de pessoas em um ambiente confinado e antes do conhecimento de modos de transmissão de doenças infecciosas facilitava a sua propagação que, por ocorrerem em um mesmo local puderam ser denominadas desde então de IH. Contudo, praticamente não existiam ações assistenciais de saúde nesses locais, porque se tratavam de alojamentos para pessoas doentes, peregrinos, pobres e inválidos. Eram antes locais de separação e exclusão do que mesmo assistenciais (FOUCAULT, 1970).

Portanto historicamente o século XIX deixou marcas também na área da medicina, no qual incluiu inúmeras contribuições como medidas de saúde pública, noções de higiene pessoal, campanha antimalárica, introdução de hospitais e a organização da profissão e do ensino médico (MELO, 1989).

A história sobre o controle da IH nos remete a meados do século XIX, quando importantes contribuições nesta área começaram a surgir, relacionando as condições de higiene pessoal com a morbidade e mortalidade das doenças, bem como a importância do pessoal da equipe médica na transmissão das mesmas.

Merece ser destacados trabalhos como de Florence Nightingale (1820-1910), enfermeira inglesa e precursora da enfermagem moderna, responsável pela humanização e profissionalização da mesma. Seu legado nos assegura quanto ao grande desafio nesta área deixado por ela e outros desbravadores do controle de IH (MARQUES, 2005).

Florence realizou um trabalho transformador quanto a realidade dos hospitais durante o atendimento aos feridos da guerra da Criméia, aplicando medidas simples, como higiene, limpeza pessoal, ambiental e medidas de conforto. Nightingale no período compreendido entre 1854-1855 propôs sobre a importância de pequenas enfermarias ligadas por corredores abertos. Da mesma forma, pregou a necessidade de ambientes assépticos e muito limpos bem como explicitou a transmissão da infecção especialmente por contato com substâncias orgânicas. Em vista disso, organizou treinamento para as enfermeiras sobre limpeza e desinfecção e orientou a construção de hospitais de maneira a possibilitar maior separação entre os pacientes (MARTINS, 2001).

Inovações nos hospitais daquela época também tiveram a contribuição de Florence como à criação de uma lavanderia onde foi construída caldeiras para realização do processo de lavagem das roupas com água quente. Houve preocupação com a forma de preparação dos alimentos, além de outras medidas até hoje preconizadas como indispensáveis quando se fala em qualidade e em prevenção das infecções hospitalares.

Florence também cooperou por meio da interpretação estatística. Junto com William Farr (estatístico), ela levantou informações de vários hospitais ingleses, conseguindo demonstrar a relação entre as más condições de higiene com as

elevadas taxas de complicações pós-operatórias, como gangrenas, erisipelas, associadas as altas taxas de mortalidade. (NIGHTINGALE, 1989).

Importantes contribuições aos estudos das Infecções hospitalares emergiram a partir do século XIX, principalmente, quanto sua epidemiologia e prevenção. Na Inglaterra, nesse mesmo século, foi implantado o isolamento de algumas doenças como a varicela e a descrição desses procedimentos começaram a ser veiculado, bem como se principiou uma estatística relativa às infecções hospitalares e óbitos causados por essas infecções. (FONTANA, 2006).

O Inglês Young Simpson (1830), professor de cirurgia da Universidade de Edimburgo, observou que a taxa de letalidade após uma amputação ocorria com maior frequência em pacientes internados. Comparou a mortalidade por supuração em 2000 amputados em casa e igual número de pacientes amputados no hospital. Constatou que amputações feitas em ambiente hospitalar infectava quatro vezes mais comparado as realizadas em ambiente doméstico. (SANTOS, 1997).

O médico americano, Oliver Wendel Holmes, descobriu em 1843, ser a febre puerperal contagiosa e transmitida de uma mulher à outra por meio das mãos de médicos e parteiras (PELCZAR, CHAN E KRIEG,1996). Pereira e Moryia (1995) referem que Holmes, na sua obra "*On the Contagiousness of Puerperal Fever*", publicada em 1843, responsabilizava os médicos pela infecção puerperal.

Todavia foi Ignaz Phillip Semmelweis quem obteve notabilidade por seus achados diagnósticos relativa à IH. Em 1847, publicou um trabalho que viria a confirmar definitivamente a hipótese da transmissão de doença intra-hospitalar. Demonstrou a incidência da infecção puerperal cujo maior número era nas parturientes assistidas por médicos em relação as assistidas por parteiras, levantando diversas hipóteses para isso, tais como: miasma, sazonalidade e fatores ambientais. Todas as hipóteses, porém, foram derrubadas em consequência da morte de um patologista amigo de Semmelweis. Os achados da autópsia feita no patologista eram iguais aos achados da paciente em que ele havia feito a autópsia, os quais confirmavam febre puerperal (COUTO, 1999).

Semmelweis instituiu em 15 de maio de 1847 a lavagem das mãos como medida de controle e prevenção das infecções naquela ocasião, sendo até hoje, a despeito de todos os avanços tecnológicos, a principal medida preventiva adotada nos serviços de saúde (FERNANDES, 2000).

A anti-sepsia se desenvolveu graças a Joseph Lister, tendo esta especialidade se aperfeiçoado até os dias atuais, contribuindo de forma imprescindível para o controle e prevenção das infecções. Os estudos e pesquisas de Louis Pasteur ajudaram na descoberta de seres vivos até então invisíveis como os microorganismos, sendo a partir de 1928, quando Alexander Fleming observando uma substância procedente de um fungo comum, o *Penicillium notatum*, inibia o crescimento de algumas bactérias, descobria, então, a Penicilina. Durante a segunda guerra mundial, um médico alemão, Gerhard Domagk, descobriu ser efetivo o grupo de substâncias denominadas sulfonamidas, contra infecções bacterianas (PELCZAR, 1996).

A partir de então, efetivou-se a expansão dos antimicrobianos em muitas gerações. Contudo, o uso aleatório e indiscriminado dos antibióticos passou a gerar resistência às bactérias, tornando-o um agente complicador nos dias atuais em nosso país e no mundo, sendo comprovadamente um dos agentes responsáveis pelo surgimento das infecções hospitalares (RODRIGUES, 1997).

Foi ainda no século XIX que Von Pettenkoffer apontou a existência da suscetibilidade individual e a influência do ambiente para o desenvolvimento das doenças. Dizia que, além da Teoria Microbiana, havia outros fatores para a instalação de um processo infeccioso, ressaltando a interação de três fatores, a saber: o agente, o hospedeiro e o meio ambiente. (FONTANA, 2006).

Por volta de 1960, ocorreram vários surtos de infecções por *Staphylococcus Aureus* nos hospitais americanos, tornando-se necessária a organização de comitês para controlar o problema, originando vários programas de controle de IH nos Estados Unidos e Europa. A *American Hospital Association*

Advisory Committee on Infection (HICPAC) recomendou aos hospitais realizarem vigilância das infecções e, entre 1968 e 1969, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Atlanta (EUA) iniciou um projeto de controle de infecções com objetivo de compilar os dados nacionais de infecção hospitalar denominado *National Nosocomial Infection Surveillance* (NNIS). De 1974 a 1983, foi aplicado o *Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control* (SENIC), com a publicação dos resultados em 1985 (STARLING, 2003).

Estudo de grande magnitude influenciou a implementação de medidas e sistemas de controle das IH semelhantes praticamente na maioria dos hospitais no mundo inteiro, inclusive no Brasil.

A OMS promoveu, no período de 1983 a 1985, um estudo da prevalência das IH em 14 países. Mesmo reconhecendo que a amostra não foi necessariamente representativa, ressaltou-se com tal pesquisa a importância das IH, cuja prevalência estimou-se em 8,7%, oscilando de 3% a 21% (OMS, 2001).

Na Europa, a prevalência das IH varia de 6% a 15%, segundo dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). (BRASIL, 2004). A mesma fonte informa índices semelhantes na América Latina.

Uma das grandes e importantes condutas que implicou em avanços positivos no controle e prevenção das IH foi a determinação da prática e implementação por todos os profissionais dos sistemas de precauções e isolamentos, cujo objetivo básico é prevenir a transmissão de microorganismos de um paciente portador são ou doente, para outro paciente, tanto de forma direta como de forma indireta. Esta prevenção abrange medidas de proteção não só para os pacientes, familiares e cuidadores, como também para os profissionais, trabalhadores da área da saúde. Diversas normas de precauções e isolamento foram elaboradas baseadas nestes objetivos. A norma mais aplicada ou adaptada em hospitais é aquela elaborada pelo CDC e HICPAC. Tais recomendações têm orientado as normas de isolamento também no Brasil.

Este novo sistema contempla dois tipos de precaução: precauções padrão que devem ser aplicadas a todos os pacientes, independente de sua condição infecciosa, presença ou não de doenças transmissíveis e compreendem: lavagem das mãos, luvas, avental, máscara, óculos, protetor facial, prevenção de acidentes com perfuro-cortantes, descontaminação de artigos e superfícies. E as precauções baseadas nos modos de transmissão devendo ser aplicadas para pacientes com suspeitas e/ou diagnóstico confirmado de infecção, sendo classificadas em precauções de contato e precauções respiratórias para gotículas e para aerossóis infectantes. (ANDRIOLI et al, 1999).

4 INFECÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL

Um dos marcos históricos no controle e prevenção das infecções hospitalares no Brasil aconteceu na década de oitenta, quando o Ministério da Saúde fundamentado no contexto internacional sobre o controle das IH, criou em março de 1983 um grupo de trabalho integrado tanto por seus representantes quanto por integrantes dos Ministérios da Educação e da Previdência Social. Esse grupo elaborou um documento normativo, do qual foi gerada a Portaria MS n. 196, de 24 de junho de 1983, determinando a todos os hospitais brasileiros a constituição de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (SANTOS 2006). Esta portaria foi o início da implantação do modelo brasileiro de prevenção e controle das infecções relacionadas à atenção à saúde.

O Ministério da Saúde inicia então, cursos de introdução ao controle de IH, em nível nacional, e cria 44 centros de treinamento, visando capacitar os profissionais da área da saúde. No final da década de 80, formam-se várias associações dos profissionais para estudo e controle das IH: a Associação Paulista de estudos em controle de infecção hospitalar (APECIH), iniciada como núcleo em 1982, e transformada em associação em 1987, em São Paulo. A Associação Mineira de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar (AMECIH), em Minas Gerais, e a Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecção Hospitalar (ABIH), fundada em 1987. Essas associações ofereciam cursos básicos e congressos sobre controle de infecção, como, por exemplo, o curso internacional de infecções hospitalares, financiado pela OPAS/OMS, realizado em Brasília, de 26 a 31 de março de 1984. (SILVA, 2003).

Os primeiros estudos sobre IH surgiram em 1956 (esterilização do material hospitalar) e 1959 (uso inadequado e indiscriminado de antibióticos), ambos publicados na Revista Paulista de Medicina. Em 1972, realizou-se o primeiro evento específico sobre o tema: Curso de Epidemiologia e Profilaxia das Infecções Hospitalares realizado no Hospital de Ipanema e na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN-SP) (ANVISA, 2003).

Importantes eventos foram surgindo como a importante publicação do manual de controle de infecção hospitalar pelo MS delineando e adaptando à realidade nacional as medidas básicas de prevenção e controle das infecções em

1985 através da Portaria Ministério da Saúde de nº 232. O Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (PNCIH) foi transformado em Divisão Nacional de Controle das IH por meio da Portaria nº 666, de 17 de maio de 1990 e em São Paulo no ano de 1989, ocorreu o 1º Congresso Brasileiro sobre infecção hospitalar realizado pela APECIH, com cerca de mil participantes e vários convidados estrangeiros (SANTOS, 2006).

A obrigatoriedade da criação das CCIH nos hospitais brasileiros passou a ser também uma exigência do Governo Federal através da Portaria nº 196, promulgada pelo MS, em 24 de junho de 1983 independentemente da sua entidade mantenedora (BRASIL, 1983).

Houve reestruturação do PNCIH adequando-o ao novo modelo que descentraliza e unifica a assistência de saúde no Brasil, por meio de uma nova Portaria, a de nº 930, com publicação em 27 de agosto de 1992, na qual ficou estabelecida a criação dos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) com a profissionalização médica e de enfermagem como responsáveis por este serviço, além de recomendar o método de busca ativa na coleta de dados (BRASIL, 1992).

A Portaria 196 foi substituída pela Portaria 930, do MS em 27 de agosto de 1992, representando um grande avanço no sentido de maior profissionalização na prática do controle das infecções. A presente Portaria determinou que todos os hospitais obrigatoriamente mantivessem seus Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), independentemente de entidade mantenedora (BRASIL, 1992).

Outra iniciativa importante no Brasil a edição da Lei Federal 9.431, de 6 de janeiro de 1997, recebida com perplexidade por todos os profissionais trabalhadores na área do controle de IH no País, visto ter sido vetada a maioria dos seus artigos, como a obrigatoriedade da existência do SCIH, a composição e as competências deste e da comissão de controle, a obrigatoriedade da responsabilidade técnica de um farmacêutico para gestão de antimicrobianos, soluções parenterais de grande volume, germicidas e materiais médico-hospitalares (BRASIL, 1997).

O Ministério da Saúde elaborou um projeto de estudo, após a publicação da Portaria 196/83, denominado “Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares e Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar”, realizado entre maio e agosto de 1994, no qual foram avaliados 8.624 pacientes com mais de 24 horas de internação, cujo tempo médio de permanência foi 11,8 dias. O número de pacientes com infecção hospitalar encontrado foi 1.129, com taxa de pacientes com infecção de 13,0%, e a taxa de infecção hospitalar de 15,5%. Os maiores índices de pacientes com infecção foram obtidos nos hospitais públicos com uma taxa de 18,4%, em relação aos 10% dos hospitais privados sem fins lucrativos (BRASIL, 1995).

Os maiores índices foram obtidos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e unidades de queimados. Das demais clínicas o destaque foi para neonatologia e clínica cirúrgica. Na avaliação da qualidade, o desempenho médio obtido foi apenas 35,4%, variando de 5,4% a 73%. O pior resultado foi para direção do hospital, onde apenas 15% das atividades avaliadas estavam sendo cumpridas, no que refere a nomeação da equipe de controle de infecção hospitalar, orçamento e a participação do controle de infecção nos órgãos deliberativos do hospital. A microbiologia veio a seguir, com apenas 15% das ações desenvolvidas. 50% dos hospitais não tinham laboratório de microbiologia e dos que existiam somente 1/3 desenvolviam algum tipo de controle de qualidade. Em apenas 6,1% dos laboratórios estudados existiam rotinas para coleta e transporte de materiais. (PRADES, et al 1995).

No Brasil, a magnitude do problema das infecções relacionadas à atenção à saúde atualmente não é completamente conhecida, mas diversos pesquisadores brasileiros têm evidenciado o grande impacto dessas infecções no sistema hospitalar do país. Estudos sobre o aumento na morbi-mortalidade dos pacientes relacionadas às IH, em hospitais universitários e outros de referência regional, têm sido publicados, mensurando custos diretos e impactos sociais diversos, como aqueles decorrentes do sofrimento dos pacientes e familiares. (ANVISA, 2006).

Pesquisas recentes como a da ANVISA, realizada em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e divulgada em 2006, analisou a realidade funcional de 4.148 hospitais do país e demonstrou uma taxa global de infecções de 9%, com 14% de mortalidade associada (letalidade) (ANVISA, 2006).

A última portaria publicada pelo Ministério da Saúde e hoje ainda vigente é a nº 2.616, de 12 de maio de 1998, que rege o controle de infecção hospitalar e mantém a obrigatoriedade de um PCIH em todos os hospitais do país e de forma didática, estabelece critérios para a classificação das IH, sendo os membros do SCIH os que exercem a função de executores, e os da CCIH passam a ser membros consultores. (BRASIL, 1998). A atual portaria mantém ainda a exigência de manutenção das CCIH e de Comissões Estaduais de Controle de Infecção Hospitalar (CECIH) e Comissões Municipais de Controle de Infecções Hospitalares (CMCIH).

Visando maior conscientização de toda categoria profissional da saúde, autoridades sanitárias, diretores de hospitais, sociedades, bem como todos os demais envolvidos e com objetivo de reduzir a incidência de óbitos provocados pelo problema, o MS decretou o dia 15 de maio, dia nacional do controle de infecção hospitalar no Brasil por meio do projeto de lei nº 122 de 2001, do Senado Federal. Nesta mesma data no ano de 1847 na Hungria, o médico-obstetra Ignaz P. Semmelweiss defendeu e incorporou a prática da lavagem das mãos como ação obrigatória dos enfermeiros e médicos que circulavam nas enfermarias e assistiam seus pacientes. Uma simples, mas eficiente iniciativa conseguiu reduzir na ocasião a taxa de mortalidade de pacientes de 18% para 1,5% (BRASIL, 2001).

Atualmente as diretrizes gerais para o controle das infecções em serviços de saúde são delineadas pela ANVISA. Novas mudanças com novas perspectivas objetivando-se um aperfeiçoamento das atividades de gerenciamento, levou a Unidade de Controle de Infecção em Serviços de Saúde assumir nova dimensão política, passando esta a ser intitulada Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos (GIPEA) por meio da Portaria nº 385 de 4 de

junho de 2003, associando-o à vigilância sanitária de serviços de saúde, com objetivo de fortalecer tanto o programa quanto o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2004).

A crise político-social atual envolvendo fortemente o setor saúde, tem nos levado agregar mais valor a área da Vigilância Sanitária (VISA), não apenas em seu campo organizacional e administrativo, mas em especial no seu contexto de ações no qual é extremamente amplo. E por ter uma importante representatividade diante da sociedade, nos remete a pensar de que forma estamos nesta sociedade protegidos do ponto de vista sanitário pela legislação.

As leis existentes e que nos garantem, na prática, uma assistência de saúde com menos riscos e com maior acesso, podemos citar a de n. 8080 de 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica da Saúde. Esta lei define a VISA como “um conjunto de ações capaz 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).

Embora todo esse processo de mudança e transformação tenha refletido na criação e publicação de muitas leis sobre o tema, como as mencionadas anteriormente, ainda não há meios suficientes para garantias de sua prática, levando-nos a acreditar na necessidade de uma maior integração entre profissionais, governo, sociedade e pacientes, além da necessidade de políticas públicas mais específicas com possibilidade de levar a uma melhor adequação do modelo vigente, despertando consciência profissional *versus* compromisso institucional como uma arma importante na luta contra este sério problema de saúde pública.

Portanto, acreditamos na existência de esforços firmados entre ANVISA, Universidades, Ministério da Saúde, Profissionais de Saúde e sociedade, assim como demais envolvidos e interessados, esta ampla discussão com início por ocasião do IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia e Infecção Hospitalar realizado em setembro de 2004, em Salvador/BA. Para a realização de debates em torno do

primeiro Fórum Nacional sobre o modelo brasileiro de controle de IH, ainda em discussão atualmente no país corroborando para mudanças mais adequadas na atual legislação vigente.

Espera-se que estas discussões culminem positivamente trazendo impactos reais na forma atual do modelo de controle das IH refletindo em mudanças concretas e eficazes na atual legislação brasileira, com possibilidades de aplicação pelos órgãos competentes, bem como por todos os serviços de saúde e não apenas em interesses de alguns.

A evolução das infecções hospitalares no Brasil não está relacionada somente com a evolução do modelo clínico de assistência, mas também com a forma com que essa assistência foi politicamente conduzida. Portanto, ao longo da trajetória político-social, em que pesem diversos cenários de mudança no país, as ações e serviços voltados para a prevenção e controle das IH tiveram que se organizar de maneira a obedecer aos princípios, diretrizes e normas de organização, direção e gestão do atual sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS). (LACERDA, 2003).

Ainda em análise a situação da infecção hospitalar no Brasil, sabe-se da existência das inúmeras questões envolvidas na sua práxis, como os de ordem financeira, com recursos escassos que abalam o atual sistema de saúde inserido em um contexto político, econômico e social embora em crescimento, ainda com injustiças sociais e injustas distribuições de rendas presentes.

É de nosso conhecimento que os gastos com tratamento das IH tem sido altos e inúmeros, com impactos negativos nesse sistema de saúde já fragilizado. Conforme quatro dias a mais de internação elevam os custos cerca de US\$ 2.100,00 e o risco de falecer em decorrência desta nova patologia é de 3,6% A IH tem acarretado muitos danos econômicos como os gerados pela necessidade do aumento da permanência de internação, e isto não é só no Brasil. De acordo com pesquisas do CDC/SENIC, esta permanência se prolonga em pelo menos quatro dias ao custo adicional de U\$ 1.880,00 por paciente. Estas são razões suficientes

que justificam e reforçam a existência dos programas de prevenção e controle nos hospitais (MARTINS, 2002).

As conseqüências dessas infecções para pacientes e serviços de saúde são catastróficas. Um estudo, realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, revelou que os custos do tratamento de uma infecção de ferida operatória são da ordem de US\$1.400,00 para uma cirurgia de colecistectomia. Os custos são em torno de US\$500,00 para uma cesariana e de US\$1.100,00 para uma gastrectomia. Para um sistema de saúde já bastante combatido como o nosso, tais ocorrências são especialmente danosas. (BRASIL, 2004; FERRAZ EM, et al 2000).

Esta permanência do paciente no hospital ao se prolongar, aumentando os custos para o próprio paciente e sua família, para o sistema de saúde e o país, chega tal problema a atingir por ano mais de 700 mil pacientes, está associado à cerca de 100 mil mortes e custam ao governo R\$ 500 milhões a cada 12 meses, só em antibióticos (HINRICHSEN, SL ET AL 2008; COLOMBO, 2006).

As IH representam, em parte, como já comentamos anteriormente, uma conseqüência da ausência ou inadequação da aplicação de ações necessárias ao atendimento do paciente. E embora grande número de casos destas infecções represente um desequilíbrio do homem com sua própria microbiota, provocados por fatores ligados às condições clínicas do paciente, onde se fazem necessárias intervenções terapêuticas invasivas, existem as de origem exógena adquiridas do contato com a flora hospitalar, normalmente por meio do contato das mãos dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas etc.); das superfícies, dos ambientes e do compartilhamento de objetos médico-hospitalares. Tais infecções conhecidas como infecções cruzadas, representam um percentual de 30% de todas as infecções adquiridas no ambiente hospitalar que poderiam ser evitadas e/ou minimizadas a partir de condutas e atitudes simples, como a lavagem das mãos com água e sabão, dentre outras ações integrantes do PCIH (FERNANDES, 2000).

Portanto são estas as infecções mais preocupantes devendo estar no centro das preocupações de todos os profissionais de saúde, sociedade e governo, visto estas infecções serem possíveis de serem prevenidas.

É importante trabalharmos para somarmos esforços na contribuição dos hospitais brasileiros, em especial aos do estado do Ceará, no sentido destes reduzirem suas taxas de morbidade e mortalidade associadas às IH. Por isto se faz necessário conhecermos seu perfil, seu diagnóstico nos hospitais de grande porte referência em Fortaleza, embora sabendo que há um esforço conjunto da VISA estadual e municipal e das CCIH dos hospitais com este fim.

Devido aos altos custos, poucos hospitais no País têm sistema informatizado para auxiliar no registro das ocorrências de infecção, o restante registra os casos manualmente. Para resolver esse problema e uniformizar os dados, a ANVISA desenvolveu um sistema disponibilizado gratuitamente a todos os serviços de saúde. O Sistema Nacional de Informação para Controle de Infecções em Serviços de Saúde (SINAIS) está em fase de consolidação e pretende assegurar um banco de dados nacional, onde as taxas de IH de todos os hospitais estarão discriminadas por tipo, esfera, número de leitos, oferecendo informações sobre taxas de infecção nacionais, por hospital, município e estado. O SINAIS é uma ferramenta para monitorar os indicadores dentro dos recursos mais modernos em controle de infecção, facilitando a notificação por meio de procedimentos de rotina e linguagem simples. (ANVISA, 2004).

Atitudes como esta representa um grande avanço no processo de implementação do controle das IH em todo Brasil. Sem dúvida é uma manifestação de interesse em conhecer e controlar o problema nos serviços de saúde, embora que ainda muito lentamente este esteja se concretizando.

5 COMISSÕES DE CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR

A importância da CCIH, como obrigatória nos hospitais, deve-se também ao fato de que o controle de infecção hospitalar em texto editado em 1992, por

consultores da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), encontra-se entre as exigências da proposta de acreditação de hospitais para a América Latina e Caribe, constituindo-se em um dos parâmetros utilizados na avaliação de qualidade da assistência médica (SILVA, 2003; NOVAES, 1992).

Entende-se por Comissão de Controle de Infecção Hospitalar um grupo de profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designado para planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar adequado às características e necessidades da Unidade Hospitalar, constituída de membros consultores e executores (ANVISA, 2000).

Estamos no momento mais adequado para refletirmos sobre o impacto das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar nas instituições de saúde, uma vez que a ANVISA propõe a substituição desta equipe multiprofissional, pela figura enigmática de um responsável técnico, não sabendo ainda qual formação deva ter, bastando para tanto ser de nível superior (FERNANDES, 2008).

A década de 80 foi muito importante para o desenvolvimento do controle das IH no Brasil. Começou a ocorrer uma conscientização dos profissionais de saúde a respeito do tema com a instituição de CCIH em vários estados e município do país, sendo a primeira CCIH do Brasil que se tem relato data de 1963, no hospital Ernesto Dornelles - Rio Grande do Sul. (PEREIRA MS, 2005).

O primeiro passo para se efetivar um PCIH é formalizar a CCIH que representa órgãos de assessoria à autoridade máxima da instituição hospitalar, sendo elas responsáveis pela execução das ações de controle de infecção, compostas por membros consultores e executores representantes dos SCIH, tendo como principal objetivo elaborar e instituir medidas para redução da incidência e gravidade dessas enfermidades. (BRASIL, 1998).

A Portaria 2616/98 que rege e apresenta diretrizes atualmente no país onde novas atribuições lhe foram conferidas, destacando-se o uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares, além disso, em

conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, deve-se definir uma política de utilização de antimicrobianos. Estas novas recomendações objetivam tornar mais atuante as ações de controle de infecção, integrando-as na estrutura administrativa da instituição, substituindo seu papel eminentemente consultivo para participar com maior profundidade dos processos decisórios, auxiliando a administração a dimensionar as prioridades de investimento para o aprimoramento da qualidade da assistência prestada (VAZ, 2008).

A CCIH deverá, portanto ser composta por profissionais da área de saúde de nível superior, formalmente designado. Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores. O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela Direção do hospital. Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços: serviço médico; serviço de enfermagem, serviço de farmácia, laboratório de microbiologia e administração. Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de IH e, portanto, são encarregados da execução programada de controle de IH. Os membros executores serão no mínimo 2 técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 leitos ou fração deste número com carga horária diária mínima de 6 horas para o enfermeiro e 4 horas para os demais profissionais. Um dos membros executores deve ser preferencialmente, um enfermeiro (BRASIL, 1998).

Burmest (2001) sinaliza que as políticas básicas da CCIH definirão as diretrizes da Comissão para sua própria conduta, bem como aquelas recomendadas para o hospital no sentido de prevenir a infecção hospitalar. Elas dirão respeito aos critérios diagnósticos das IH ao sistema de vigilância epidemiológica; aos indicadores epidemiológicos das IH; à utilização de antisépticos, desinfetantes e esterilizantes; à lavagem das mãos; às normas para higienização do hospital e para a lavanderia; etc.

As IH são consideradas eventos adversos afetando aproximadamente dois milhões de pessoas anualmente e, como tais, são situações indesejadas que requerem estratégias de controle. Para avaliação destes resultados as CCIH devem

adotar um sistema de vigilância epidemiológica como um método de trabalho incluindo planejamento, execução, análise e ação (PADOVEZE, et al 2005).

Entende-se por sistema de vigilância epidemiológica a contínua e sistemática coleta, análise e interpretação de dados essenciais para o planejamento, implementação e avaliação das práticas de saúde, perfeitamente integrada com a disseminação em tempo real para aqueles que precisam saber destes dados, (BRASIL,1998; HORAN ET AL 1996).

A Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH), fundamentada no projeto SENIC desenvolvido pelo CDC, enfatiza que o estudo dos aspectos relacionados à incidência, morbi-letalidade e custos assistenciais da infecção do sítio cirúrgico, poderiam auxiliar na prevenção em até 20% por meio da vigilância epidemiológica associada a implementação de programas de controle. (APECIH, SP 2001).

Em pesquisa sobre inquérito nacional pela ANVISA (2005), a mesma já citada neste estudo, a vigilância epidemiológica das IH apareceu como atividade da CCIH mais presente nos hospitais. Para avaliar a qualidade dessa vigilância, verificamos a utilização, pelas comissões, de critérios para estabelecer o diagnóstico dessas infecções. Apenas 7,2% (252) dos 3.478 hospitais pesquisados para este item indicaram a utilização dos critérios diagnósticos de referência para a vigilância das infecções hospitalares (critérios NNIS/CDC). Cento e trinta e quatro (3,9%) hospitais informaram usar critérios diagnósticos próprios; 1.239 (35,6%), critérios da Portaria GM/MS no 2.616/98; 255 (7,3%) usavam os três primeiros critérios; 1092 (31,4%) hospitais disseram não utilizar critérios; e 506 (14,5%) instituições não informaram sobre este tópico. (SANTOS, 2006).

O processo de controle das IH como já mencionamos anteriormente, é em si mesmo melhoria de qualidade, apesar de ser tratado como atividade paralela a este processo visto ambos partirem de uma mesma abordagem epidemiológica, coletando e interpretando dados, a fim de gerar informações possíveis de nortear e

adequar as ações em direção aos objetivos propostos (PAVANELLO E LACERDA, 2005).

O controle das IH pelas CCIH engloba vários aspectos, como: políticas de saúde e administrativas, recursos econômicos, planta física, capacidade e engajamento profissional, conhecimento das características dos microrganismos e das inter-relações existentes entre eles. Esta multiplicidade de fatores tem dificultado a implementação de um efetivo programa de prevenção e controle das IH e representa desafios cada vez maiores aos profissionais de saúde que se propõem a eliminá-las.

O mesmo estudo, o mais recente no Brasil promovido pela ANVISA (2005) analisou a realidade funcional de 4.148 hospitais do país, verificou-se que 76% deles (3152) possuem CCIH e destes apenas 38% dos hospitais brasileiros possuem CCIH em funcionamento. Demonstrou ainda que a vigilância das infecções hospitalares é realizada em 77% das instituições (3194) e 49% dos hospitais (2012) desenvolvem programas permanentes de controle. Porém, apenas 33% deles (1356) adotam medidas de contenção de surtos. (ANVISA, 2005)

Situação que pode representar o diagnóstico atual dos índices de infecções, embora não implique tão somente dizer que a inexistência de CCIH's represente diretamente a existência das infecções, mas certamente uma comissão de controle ativa e eficiente implicará em resultados favoráveis do controle de muitas (ANVISA, 2006).

Segundo Pereira (2005) a CCIH tem um papel extremamente amplo que perpassa unicamente ao serviço de controle das IH, passando a ter importante assessoria a instituição, interagindo com a saúde ocupacional, em medidas de controle referentes a afastamentos de profissionais, imunizações e prevenção de patologias de aquisição hospitalar; atua em conjunto com a comissão interna de prevenção de acidentes, principalmente na ênfase às precauções padrão. Nas comissões de revisão de prontuários e óbitos, pois fornecem subsídios para detecção de casos de infecção hospitalar e seus fatores de risco. Na padronização

de materiais e insumos, procurando racionalizar custo/benefício das medidas de controle das infecções em relação às tecnologias oferecidas. Na farmácia e medicamentos com padronização de antimicrobianos. Auxilia também comissões de controle de qualidade, por meio de seus indicadores epidemiológicos; integração à administração auxiliando nas decisões sobre conveniência e prioridade no investimento em tecnologia. Além disto, assessora a instituição e seus membros em processos jurídicos. (COUTO, et al 2003).

Num processo jurídico o prestador de serviço julgado como culpado por um caso de infecção hospitalar, civilmente pode ser obrigado a indenizar os familiares com um valor mensal equivalente a sua renda habitualmente aferida pelo paciente, em caso de falecimento ou seqüela incapacitante. Pelo Código Penal este mesmo prestador pode sofrer reclusão na liberdade. A instituição pode perder seu alvará de funcionamento, perder seu credenciamento para alguns financiadores, afetando diretamente sua clientela, lucratividade e até sua própria viabilidade. Os profissionais estão sujeitos às sanções dos seus códigos de ética e seus órgãos de classe. O Código de Defesa do Consumidor principalmente através da subjetivação da culpa, responsabilidade solidária e eventualmente da inversão do ônus da prova aumenta a responsabilidade legal de todos os que direta ou indiretamente prestam assistência aos pacientes.

6 PROGRAMA DE CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR - PCIH

De acordo com a Portaria MS nº 2616/98, entende-se por Programas de Controle de Infecção Hospitalar um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com objetivo de reduzir o máximo possível a incidência e a gravidade das infecções hospitalares (BRASIL, 1998). O referido programa regulamentado pela Portaria nº 196/83, atualmente tem suas diretrizes e normas delineadas pela Portaria 2616/98.

Projeto de Lei do Senado Federal n. 124, de 2004 dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção, pelos serviços de saúde do país, de um Programa de Controle de Infecções na Assistência à Saúde (PCIAS), e dá outras providências (BRASIL, 2004).

As vantagens de se ter um PCIH efetivo foi demonstrado há mais de trinta anos por um dos países que primeiro iniciou pesquisas nesta área, os Estados Unidos da América (EUA) quando entre 1974 e 1984, através do CDC realizaram uma avaliação nacional para diagnosticar a abrangência do problema e a eficácia do PCIH, concluindo que os hospitais americanos, dentre os quais disponibilizavam de um programa atuante por meio da CCIH formalizada, apresentavam uma incidência inferior, portanto, havendo possibilidade de redução das taxas de infecção hospitalar em um terço, desde que houvesse um sistema de vigilância epidemiológico organizado (STARLING, 1999).

Segundo SILVA, (2003) estima-se 30% de todas as infecções hospitalares sejam preveníveis, principalmente quando os estabelecimentos de saúde dispõem de um programa de controle de infecção hospitalar efetivo. O PCIH que comprovadamente já demonstrou reduzir em até 30% a taxa de infecção dos serviços garante que em pleno funcionamento contribui com orientações importantes nesta prevenção com medidas de ações básicas de assistência á saúde e políticas eficazes de redução do uso indiscriminado de antimicrobianos e germicidas hospitalares, evitando desta forma a resistência bacteriana e contribuindo para uma sensível diminuição dos custos hospitalares globais.

De acordo com Swartz e Cols (1985), classicamente os custos com as IH se dividem em: diretos, indiretos e intangíveis. Os custos diretos correspondem às

despesas com a assistência ao paciente infectado. Ou seja, exames de laboratório, antibióticos, cirurgias, etc. Os custos indiretos se correlacionam com a perda de produtividade do indivíduo infectado e corresponde ao seu afastamento do trabalho (definitivo ou temporário). E os custos intangíveis que estão relacionados com o sofrimento, a dor e a morte do paciente, sendo, portanto dificilmente mensuráveis. (SILVA, 2003; FONTANA, 2008).

Vale ressaltar, segundo Fontana (2008), que danos relacionados aos aspectos psicológicos e físicos decorrentes de situações como dor, sofrimento, isolamento, são variáveis importantes e de difícil avaliação econômica e financeira.

Os PCIH são compostos de diversas áreas temáticas diretas e/ou indiretamente ligadas aos setores que influenciam o controle de qualidade nos hospitais. Estas áreas normalmente são conhecidas como área fim e área meio, tornando desta forma o programa bastante abrangente, incluindo ações e/ou atividades inerentes a rotinas, desde a assistência aos pacientes com aplicação de corretas e adequadas técnicas até os serviços conhecidos como aqueles exercidos pelas áreas de apoio, sendo: unidade de nutrição e dietética (lactário), lavanderia hospitalar, serviço de farmácia, serviço de limpeza e desinfecção de superfícies, gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, central de material de esterilização, educação continuada, além de um adequado e eficiente sistema de vigilância epidemiológica. (PEREIRA, MS 2005). Sistema este já comentado e detalhado anteriormente.

O PCIH, como já mencionado, envolve o compromisso e a participação de toda a equipe de saúde, aliado a uma CCIH atuante, a partir da valorização interna de cada instituição e pelo papel exercido por cada um. Portanto faz-se realmente necessário a disponibilidade de todos os grupos de profissionais além da política interna de cada instituição com comprometimento das mesmas, sobretudo com o bem estar da população que em geral busca os serviços, em seu estado mais frágil, e na fase mais dolorosa e difícil da vida, na doença.

A doença segundo Enrico Ciaranfi (1972) é um desvio da homeostasia (caracterizada pela sintomatologia clínica e pelas modificações fisiopatológicas ou histopatológicas) que os mecanismos de controle não conseguem trazer às condições de partida, seja porque a perturbação é muito forte, seja porque alguns sistemas de controle estão funcionando mal.

Conforme Berlinguer (1988) a doença é, assim, a incapacidade permanente ou transitória de manter a homeostasia, o equilíbrio entre as funções do organismo, e é um processo: isto é, tem um início, uma história e uma conclusão.

A existência de um PCIH, sabidamente, não é garantia de que as práticas assistenciais encontram-se qualificadas no que se refere à prevenção de IH. Mas, por certo, constitui condição inicial para o desenvolvimento e estabelecimento de diretrizes podendo subsidiar essa qualificação. De qualquer modo, o PCIH ainda é a principal e mais reconhecida alternativa, nacional e internacionalmente, para o estabelecimento de ações de controle e prevenção de IH. Sua avaliação de desempenho, portanto, é passível e de necessária realização. (LACERDA et al, 2006).

Nacionalmente a ANVISA (1999) estabeleceu metas na área do controle de infecção. São ações do Programa Nacional do Controle das IH, e foram estabelecidas como prioridades para que todos os estados e municípios contemplassem visando melhores resultados nos índices e diagnóstico situacional do Brasil, como: A realização de um inquérito nacional sobre a situação das infecções hospitalares, especificada como "Elaboração de diagnóstico sobre infecção hospitalar no Brasil". Elaboração de um mapeamento sobre o cumprimento das exigências da Portaria GM nº 2616/98, no que diz respeito à implantação do PCIH no âmbito estadual, municipal e nos serviços de saúde. Dados levantados em novembro/dezembro de 1999 demonstram que dos 6387 hospitais consultados, apenas 40% apresentaram a constituição formal de PCIH e atualização do material técnico-científico, contando com a participação de profissionais especializados nas diversas áreas pertinentes ao controle de infecção hospitalar.

7 MATERIAIS E MÉTODOS

7.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo, de natureza quantitativa, no qual para sua análise foi realizada a descrição das principais características do grupo estudado (CCIH), no que diz respeito à implementação e funcionamento das atividades do programa de controle de infecção hospitalar, por meio do roteiro de inspeção, conhecido como RDC-48 da ANVISA, que segundo a legislação nacional, deve contemplar o PCIH.

Segundo Gil (1999) as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Para Triviños (1987) o estudo descritivo busca descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. Pode, ainda, estabelecer relações entre as variáveis e, neste caso, denomina-se estudo descritivo e correlacional.

7.2 População

A população participante foram os coordenadores das CCIH dos hospitais públicos municipais e estaduais de grande porte, cujo contato se deu inicialmente por via telefônica com intuito de se agendar um primeiro encontro para explanação sobre os objetivos da pesquisa, bem como apresentar o instrumento de coleta de dados. Na ocasião apresentamos também o termo de consentimento livre e esclarecido para conhecimento e assinatura.

O número dos informantes entrevistados foi designado e acordado entre os próprios membros da CCIH de cada hospital, e constou de 05 coordenadores, todas enfermeiras.

Como critérios de inclusão foram estabelecidos os coordenadores das CCIH dos hospitais públicos municipais e estaduais de grande porte localizados em Fortaleza.

7.3 Hospitais participantes do estudo

Para fins deste estudo consideramos hospital geral, conforme definido pelo Ministério da Saúde (2002), como aquele destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de Serviço de Urgência/emergência. Deve dispor também de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT). Podendo ter ou não Sistema de procedimentos de Alto Custo.

Quanto ao Porte um hospital se classifica em pequeno (até 50 leitos), médio (de 50 a 150), grande (de 150 a 400) e especial (acima de 400). O nível de complexidade do programa é diretamente proporcional ao tamanho e ao grau de sofisticação tecnológica do empreendimento (Brasil, 2002).

Em relação à descrição abaixo no qual discorre sobre a apresentação dos hospitais estudados informamos que foram extraídas do site da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e dos sites de cada instituição.

Com intuito de se preservar a identidade dos hospitais optou-se por identificá-los, no estudo, por H1, H2, H3, H4 e H5.

O primeiro hospital ou H1, é referência estadual em nível terciário de atenção à saúde nas áreas de cardiologia e pneumologia, oferece serviços multiprofissionais na prevenção, diagnóstico e tratamento das cardiopatias e pneumopatias. Faz atendimentos de urgência/emergência, serviço ambulatorial e hospitalar, cirurgias de pequena, média e alta complexidade.

Hospital de ensino e pesquisa atua no campo de estágio de graduação e pós-graduação em cardiologia, pneumologia, cirurgia torácica e cardiovascular. É reconhecido nacionalmente pelos transplantes cardíacos realizados com êxito e no atendimento aos doentes com problemas cárdio-pulmonares de alta complexidade. Atende pacientes dos 184 municípios do Ceará e de outras cidades do Norte e Nordeste. Dispõe de 306 leitos, onde 39 são UTI's para adultos e 12 pediátricas. Na

emergência, são cerca de 9 mil atendimentos por mês. Já nos setores cirúrgicos são realizadas por mês 100 operações cardiovasculares e 50 torácicas.

O segundo hospital ou H2 é a unidade terciária de referência estadual para urgência, emergência e trauma. Este funciona 24 horas, onde 09 (nove) equipes médicas com 32 profissionais nas mais diversas especialidades se revezam em plantões de 12 horas, realizando atendimento geral e especializado, além de contar com o apoio da Unidade de Terapia Intensiva, do Centro de Tratamento de Queimados, do Centro de Diagnóstico por Imagens, do Laboratório de Análises Clínicas, do Centro Assistência Toxicológica e de uma equipe multidisciplinar que inclui o Serviço de Enfermagem, o Serviço Social e a Nutrição. Com uma média de 625 atendimentos/dia e 400 leitos ativos.

O terceiro hospital ou H3 com 245 leitos, 8 UTIs pediátricas, 7 UTIs neonatais e uma média de 800 internações por mês, é um Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). Qualifica-se como uma Organização Social de Saúde pelo Decreto 26.811 de outubro de 2002. Foi inaugurado em dezembro de 2002, com a missão de prestar serviços de saúde em nível secundário aos usuários do SUS referenciados por hospitais públicos terciários do Ceará, via Central de Regulação de Leitos do Estado e Município.

Em dezembro de 2005 o hospital recebeu a certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Foi o primeiro do Norte e Nordeste a ser acreditado. Primeiro hospital da rede pública do Estado a ter ambulatório de anestesistas e a implantar o prontuário eletrônico. Outra novidade é a entrega de demonstrativo de despesas ao paciente quando recebe alta hospitalar. Outra prova de transparência com o dinheiro público é a oferta de protocolos clínicos na internet, que permite controle de custos e uma qualidade da assistência.

O quarto hospital ou H4 fundado em 23 de maio de 1969. Presta serviços de alta complexidade e contribui com ensino e pesquisa no Estado. É referência em transplantes renais. As obras de reforma e ampliação eram para ter sido concluída final de 2006. Passa dos atuais 22 mil metros quadrados para 46 mil metros quadrados. O número de leitos de UTIs passará de 57 para 107. Este hospital

recebeu no ano de 2000 credenciamento da ANVISA para ingressar na rede de "Projeto Hospitais Sentinela", integrando o primeiro grupo da rede nacional de hospitais sentinela por ser um hospital de grande porte e realizar diversos procedimentos médicos com tecnologias variadas e complexas.

Participa da rede Gigafor, como membro do consórcio. Está interligado as mais importantes instituições de ensino e pesquisa do Brasil e do Exterior. Possui um Programa de Assistência Domiciliar que garante continuidade do tratamento ao paciente após alta hospitalar em domicílio.

E por fim o quinto hospital ou H5. Este é o mais antigo dos seis hospitais públicos estaduais, inaugurado em 31 de outubro de 1928. Atua como hospital geral de assistência terciária humanizada, com procedimentos de alta complexidade, em clínica e cirurgia, e no atendimento materno-infantil, preferencialmente a pacientes do SUS e como Hospital de Ensino e Pesquisa. O Hospital ampliou, ao longo do tempo, a sua abrangência de atuação acrescentando as atividades de hospital geral e, com sua natural vocação para a educação em saúde, tornou-se unidade estadual de referência, de nível terciário e de ensino, nas áreas de Clínica Médica, Neonatologia, Toco-Ginecologia e Cirurgia Geral. Com um total de 276 leitos, 05 salas de cirurgia geral e uma sala de recuperação. Consta de UTI adulto, UTI neonatal, unidade intermediária, intermediária neonatal e unidade de isolamento.

O H5 em seu endereço eletrônico no site <http://www.hgcc.ce.gov.br> está em construção uma home Page onde poderá ser encontrados dados sobre os seus indicadores hospitalares assim como uma página dedicada a CCIH. Em nossa opinião representa um grande avanço de transparência.

7.4 Critérios de inclusão

Conforme os critérios de inclusão foram os de grande porte, públicos, estaduais e municipais mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e de referência na Cidade de Fortaleza-CE.

7.5. Coleta de dados

A coleta dos dados, foi realizada em três etapas. A primeira constou da solicitação a direção dos hospitais para realização do estudo. Na seqüência, procedemos a aplicação do *check list* aos coordenadores das CCIH, sendo necessária, ainda, uma terceira etapa, oito meses depois, que constou da atualização das informações constantes do instrumento.

Esta atualização constou de uma nova aplicação do *check-list* aos enfermeiros coordenadores responsáveis pelas CCIH dos respectivos hospitais.

O instrumento de coleta foi o roteiro de inspeção (anexo-1), elaborado pela ANVISA com base na Portaria MS 2.616/98 de 12 de maio de 1998 no qual regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no Brasil e na Lei nº 9.431/97 de 06 de janeiro de 1999, determinando a obrigatoriedade dos hospitais manterem CCIH formalizadas.

Para obter respostas a estes questionamentos utilizamos um roteiro padrão de inspeção da ANVISA, a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC de número 48 de 2000 que nos permitiu realizar um registro de todas as irregularidades detectadas, com notificações dos índices de IH, quando disponível pela instituição de saúde.

O roteiro teve como objetivo avaliar o cumprimento das ações dos PCIH, bem como se certificar da formalização e atuação da CCIH e SCIH, setores responsáveis pela execução do controle das infecções hospitalares. É composto por categorias referentes a itens informativos de atividades e/ou ações inerentes a cada área ou serviço envolvendo o PCIH, classificadas de acordo com o risco potencial que cada uma apresenta e de acordo com os critérios de avaliação do cumprimento das ações visando à qualidade e segurança da assistência.

As categorias são assim definidas:

IMPRESINDÍVEL (I): Envolve ações cuja prática pode influir em grau crítico, na qualidade e segurança do atendimento hospitalar dirigidos à inspeção do PCIH e à inspeção do SCIH.

NECESSÁRIO (N): Envolve ações possíveis de influenciar em grau menos crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar, dirigido tanto à inspeção do PCIH, como à do SCIH.

RECOMENDÁVEL (R): Inclui as ações que podem influenciar em grau não crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar.

O roteiro consta ainda dos itens INFORMATIVOS (INF) no qual contempla ações que oferecem subsídios para melhor interpretação dos demais itens, sem afetar a qualidade e a segurança do atendimento hospitalar.

As questões relacionadas com as categorias imprescindíveis, necessárias e recomendadas foram respondidas com Presentes (P) ou Ausentes (A), de acordo com a presença ou ausência das ações, referenciadas no roteiro de inspeção, no programa.

Os itens referentes à categoria Informativa (INF) apresentam questões abertas, de interesse a complementar as demais informações, como: definição de áreas de formação dos membros da CCIH; quais os manuais técnico-operacionais existentes; qual a periodicidade dos treinamentos dos funcionários; se o hospital tem serviço de limpeza próprio ou terceirizado; com que periodicidade a CCIH elabora relatórios; qual a periodicidade dos debates entre CCIH e comunidade hospitalar; qual carga horária dos profissionais; qual a periodicidade das visitas da CCIH aos demais setores; quais os programas de imunização existentes; qual o sistema de vigilância epidemiológica utilizada; qual o processo de busca utilizado; qual a taxa de infecção hospitalar nos últimos 12 meses; qual o número de acidentes por pérfuro-cortante nos últimos seis meses; se o serviço de lavanderia é próprio ou não.

O Roteiro ainda traz um último tópico considerado como conclusão abordando os seguintes questionamentos: O PCIH está implementado? A

documentação apresentada demonstra que a CCIH é atuante? Os indicadores de Infecção Hospitalar são compatíveis com a realidade hospitalar observada? Há preocupação da CCIH na divulgação de seus dados? Há preocupação da CCIH com a capacitação técnica dos profissionais que atuam no hospital? A partir dos resultados das auditorias internas foram implementadas ações corretivas objetivando a melhoria da qualidade dos serviços? Foram evidenciadas alterações nos indicadores de controle de infecção hospitalar mediante a realização de capacitação e treinamento contínuo? Está evidenciado o comprometimento e apoio da Direção para a implementação do PCIH?

7.6 Análise dos dados

A análise dos dados constou da elaboração de seis (06) quadros representativos separados por categorias analisadas, distribuídas suas ações como imprescindíveis, necessárias e recomendadas para o PCIH/CCIH e para o SCIH (de acordo com a RDC-48), seguida das respostas da avaliação final descrita acima.

Após descrição dos resultados, para análise estatística foi utilizado distribuição de freqüência entre os itens por hospital. Um índice de eficiência dos hospitais foi proposto com base na recomendação da ANVISA, em relação a itens imprescindíveis, necessários e recomendados. O índice imprescindível recebeu peso 5, necessário 3 e recomendado 2. O índice geral foi dado pelo produto do peso pelos itens. Para complementação na descrição dos dados foi elaborado dois gráficos para melhor demonstração destes resultados.

A avaliação da CCIH como do seu PCIH, ocorreu a partir dos resultados das variáveis, compostas das questões formuladas no Roteiro RDC-48.

Existem diversos tipos e formas de se avaliar. Neste estudo utilizamos de uma avaliação formal, pois utiliza uma referência definida e estabelecida por meio de padrões (Leis vigentes no país na área do controle de IH) e por meio de um método.

7.7 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada respeitando-se os critérios éticos conforme Resolução 196/98 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), onde preconiza a preservação das partes envolvidas, tanto as institucionais como profissional (BRASIL, 1998).

Informamos que a pesquisa não implicou em risco à saúde de nenhum profissional e no trajeto teórico-metodológico não foi colocado em evidência a identificação de qualquer profissional e/ou instituição hospitalar participante, uma vez que a abordagem se refere ao conjunto dos resultados.

A pesquisa foi apresentada aos Comitês de Ética dos cinco hospitais conforme os números constantes nos processos: H1 n.335/06; H2 n. 01020/06; H3 e H4 apreciou o parecer favorável do comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob n. 05158088-8, H5 n.012/06.

Constam em anexo os termos de consentimento livre e esclarecidos preenchidos e assinados pelos participantes do estudo (Apêndice-I).

8 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresentamos neste tópico quadros representativos do funcionamento das CCIH e dos seus respectivos Programas. Estes mostram a distribuição para cada hospital pesquisado da presença ou ausência das ações pertinentes às categorias Imprescindíveis, Necessárias e Recomendadas tanto do Programa e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, como do Serviço de Controle – membros executores conforme especificado pela ANVISA. Os quadros 1,2 e 3 relacionam-se ao PCIH e CCIH. Os quadros 4,5 e 6 aos membros executores e SCIH.

De acordo com o quadro abaixo (quadro-1) é possível observar que os itens de inspeção da categoria Imprescindível no qual envolve ações que podem influir em grau crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar foram presentes em todos os cinco hospitais pesquisados.

Itens Imprescindíveis	H1	H2	H3	H4	H5	TOTAL
Existência de CCIH	P	P	P	P	P	5p
CCIH formalmente nomeada	P	P	P	P	P	5p
Existência de PCIH	P	P	P	P	P	5p
A CCIH elabora regularmente relatórios contendo dados informativos e indicadores de Controle de Infecção Hospitalar	P	P	P	P	P	5p
Existem normas e rotinas com medidas de precaução e isolamento.	P	P	P	P	P	5p
Todos os setores do hospital dispõem de lavatórios com água corrente, sabão e ou anti-séptico e papel toalha, para a lavagem das mãos dos profissionais.	P	P	P	P	p	5p
Na ausência de núcleo epidemiológico, a CCIH notifica aos órgãos de gestão do SUS diagnosticados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória.	P	P	P	P	P	5p

Quadro 1 – Distribuição dos dados relativos aos itens imprescindíveis do Programa e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar dos hospitais públicos municipais e estaduais de grande porte- Fortaleza-CE-2008

Fonte: A própria pesquisa A = Ausente P = Presente H = Hospital

Quanto aos itens Necessários que contemplam ações e/ou atividades que podem influenciar em grau menos crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar, conforme demonstrado no quadro abaixo (Quadro-2) observou-se que os itens ausentes foram praticamente os mesmos para a maioria dos hospitais.

Os hospitais H1, H2, H4 e H5 não dispõem de mecanismos para detecção de casos de IH pós-alta, apenas o H3 informou utilizar este mecanismo de busca, embora não seja totalmente contemplado devido a grande demanda de atendimentos, segundo a informante.

O H2 apresentou como item Ausente a normatização da CCIH quanto a supervisionar a prática, ou seja, a aplicação de procedimentos padronizados do serviço de limpeza. Este afirma estabelecer as diretrizes básicas para a elaboração dos procedimentos escritos do serviço de limpeza e que tais procedimentos escritos são padronizados, porém não o supervisiona. Os hospitais H1, H3, H4 e H5 contemplaram este item como Presente em seu PCIH.

Itens Necessários	H1	H2	H3	H4	H5	TOTAL
Existe Regimento Interno desta CCIH	P	P	P	P	P	5p
Existem manuais ou rotinas técnico-operacionais visando à prevenção e controle da IH	P	P	P	P	P	5p
Existe treinamento específico, sistemático e periódico do pessoal do hospital para o controle de IH	P	P	P	P	P	5p
As reuniões da CCIH ocorrem regularmente e são registradas em atas	P	P	P	P	P	5p
Os registros das atas indicam com clareza a existência de um programa de ação para o CIH no hospital	P	P	P	P	P	5p
CCIH realiza o controle sistemático da prescrição de antimicrobianos	P	P	P	P	p	5p 5p
Existe formulário para a prescrição de antimicrob	P	P	P	P	P	5p
Existem procedimentos escritos relativos ao uso racional de Germicidas que garanta a qualidade da diluição final	P	P	P	P	P	5p
A CCIH estabelece as diretrizes básicas para a elaboração dos procedimentos e	P	P	P	P	P	5p

scritos do serviço de limpeza						
Existem procedimentos escritos e padronizados do serviço de limpeza	P	P	P	P	P	5p
A CCIH supervisiona a aplicação destes procedimentos	P	A	P	P	P	4p 1A
CCIH estabelece programa de treinamento para o serviço de limpeza	P	P	P	P	P	5p
CCIH divulga os relatórios entre o Corpo Clínico do Hospital	P	P	P	P	P	5p
A CCIH comunica periodicamente à Direção e à Comissão Estadual/Distrital a situação do CIH	P	P	P	P	P	5p
O hospital dispõe de mecanismo para detecção de casos de Infecção hospitalar pós alta	A	A	P	A	A	1p 4A
Existe política de utilização de antimicrobianos definida em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica	P	P	P	P	P	5p
Existe interação entre a CCIH e as coordenações de CIH municipais e estaduais/dis	P	P	P	P	P	5p

Quadro 2 - Distribuição dos dados relativos aos itens de inspeção necessários do Programa e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar dos hospitais públicos municipais e estaduais de grande porte- Fortaleza-CE-2008.

Fonte: A própria pesquisa A = Ausente P = Presente H = Hospital

De todos os itens, os recomendados foram os que apresentaram menor índice de ações presentes. Itens recomendados Incluem as ações que podem influenciar em grau não crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar.

Um dos itens a apresentar resposta Ausente foi a existência de consórcio com outros hospitais para utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos na implantação do PCIH, dos quais foi ausente também na maioria deles, como H1, H2, H3 e H4. Afirmando resposta positiva apenas o H5.

Para este item (R), a atividade de dispor de mecanismos de comunicação ou integração com outros serviços de saúde para detecção de casos de infecção hospitalar foi ausente em todos os hospitais. As demais ações e atividades recomendadas estiveram Presentes em todos os hospitais.

Itens Recomendados	H1	H2	H3	H4	H5	TOTAL
A CCIH participa de comissão técnica para especificação de produtos e correlatos a serem adquiridos	P	P	P	P	P	5p
A CCIH promove debates com a comunidade hospitalar sobre o CIH	P	P	P	P	P	5P
Existe consórcio com outros hospitais para utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos na implantação do PCIH	A	A	A	A	P	1P 4A
O hospital dispõe de mecanismo de comunicação ou integração com outros serviços de saúde para detecção de casos de Infecção Hospitalar	A	A	A	A	A	1P 4A

QUADRO 3 - Distribuição dos dados relativos aos itens de inspeção recomendados do Programa e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar dos hospitais públicos municipais e estaduais de grande porte- Fortaleza-CE-2008.

Fonte: A própria pesquisa A = Ausente P = Presente H = Hospital

Os quadros a seguir (Quadros 4,5 e 6) apresentam respostas dos itens pesquisados relacionados ao serviço de controle de infecção hospitalar- membros executores. Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar (BRASIL, 1998).

Conforme demonstrado abaixo (quadro-4), para a avaliação da CCIH Membros Executores – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH e observando os itens Imprescindíveis, obteve-se apenas uma resposta Ausente nesta categoria. A instituição de saúde H3 declarou não contar com laboratório próprio de microbiologia para realização de exames como culturas assim como os demais exames de alta complexidade, sendo estes encaminhados a um laboratório externo (serviço terceirizado).

Itens Imprescindíveis	H1	H2	H3	H4	H5	TOTAL
A CCIH conta com membros executores	P	P	P	P	P	5P
Os membros executores do CCIH estão formalmente nomeados	P	P	P	P	P	5P
Existe Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares	P	P	P	P	P	5P

É utilizado coletor de urina fechado com válvula anti-refluxo	P	P	P	P	P	5P
Existe EPI (Equipamento de Proteção Individual) para realização de procedimentos críticos	P	P	P	P	P	5P
O hospital conta com laboratório de microbiologia e este é próprio.	P	P	A	P	P	4P 1A

Quadro 4 – Distribuição dos dados relativos aos Membros Executores do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, itens imprescindíveis dos hospitais públicos municipais e estaduais de grande porte- Fortaleza-CE-2008.

Fonte: A própria pesquisa A = Ausente P = Presente H = Hospital

A seguir pode ser visualizado (quadro-5) em relação aos itens Necessários em um SCIH. Os hospitais H1, H2 e H3 responderam não realizar outros indicadores, ou seja, não elaboram taxas das infecções hospitalares de outras topografias que não sejam as recomendadas pelo roteiro, que são as topografias urinárias, cirúrgicas, respiratórias, cutâneas e da corrente sanguínea. No entanto os hospitais H4 e H5 informaram elaborarem outras taxas de infecções hospitalares suspeitas além daquelas recomendadas. O H2 informou não elaborar taxa de Infecção Hospitalar por procedimentos, item considerado Necessário na avaliação do SCIH, afirmando elaborarem estas taxas como indicadores recomendado os demais hospitais (H1, H3, H4 e H5).

Itens Necessários	H1	H2	H3	H4	H5	TOTAL
Existem procedimentos escritos orientando Lavagem das mãos	P	P	P	P	P	5P
Existem procedimentos escritos orientando Biossegurança (expondo a material biológico e acidentes com perfuro cortantes)	P	P	P	P	P	5P
Existem procedimentos escritos orientando cuidados com cateteres intravasculares e urinários	P	P	P	P	P	5P
Existem procedimentos escritos orientando Curativos	P	P	P	P	P	5P
Existem procedimentos escritos orientando Limpeza e Desinfecção de artigos	P	P	P	P	P	5P
Existem procedimentos escritos orientando Esterilização	P	P	P	P	P	5P
Existem procedimentos escritos orientando Limpeza de ambientes	P	P	P	P	P	5P
Existe treinamento dos funcionários para a aplicação dos procedimentos citados no item acima, realizados em parceria com outras equipes	P	P	P	P	P	5P

Existe registro desse treinamento	P	P	P	P	P	5P
Existe rotina de controle bacteriológico da água que abastece o hospital	P	P	P	P	P	5P
Existe rotina de limpeza de cada caixa d'água que abastece o hospital	P	P	P	P	P	5P
Existem programas de imunização ativa em profissionais de saúde em atividade de risco	P	P	P	P	P	5P
Existe coleta de dados sobre Infecção Hospitalar	P	P	P	P	P	5P
São levantados os indicadores de IH	P	P	P	P	P	5P
Há Indicadores de Taxa de Infecção Hospitalar	P	P	P	P	P	5P
Há Indicadores de Taxa de paciente com Infecção Hospitalar	P	P	P	P	P	5P
Taxas de Infecção Hospitalar por topografia URINÁRIA	P	P	P	P	P	5P
Taxas de Infecção Hospitalar por topografia – CIRURGICA	P	P	P	P	P	5P
Taxas de Infecção Hospitalar por topografia – RESPIRATÓRIA	P	P	P	P	P	5P
Taxas de Infecção Hospitalar por topografia – CUTÂNEA	P	P	P	P	P	5P
Taxas de Infecção Hospitalar por topografia – COR. SANGUINEA	P	P	P	P	P	5P
Taxas de Infecção Hospitalar por topografia - OUTROS	A	A	A	P	P	2P 3A
Taxa de Infecção Hospitalar por procedimentos	P	A	P	P	P	4P 1A
Taxa de Infecção Hospitalar em cirurgia limpa	P	P	P	P	P	5P
Taxa de letalidade por infecção hospitalar	P	A	P	P	P	4P 1A
Existem avaliação e priorização dos problemas com base nestes indicadores	P	A	P	P	P	4P 1A
Os membros executores da CCIH realizam análise do Sistema de Vigilância Epidemiológica, que permite a identificação de surtos em tempo hábil para medidas de controle	P	P	P	P	P	5P
A CCIH tem atuação/apoio ao funcionário acidentado por pérfuro-cortantes	A	P	P	P	P	4P 1A
O uso do EPI é supervisionado pela CCIH	P	A	P	P	P	4P 1A
Existem recipientes diferenciados para desprezar os diversos tipos de resíduos hospitalares	P	P	P	P	P	5P
A lavanderia hospitalar possui sistema de barreiras	P	P	P	P	P	5P

São emitidos relatórios de sensibilidade/resistência bacteriana p corpo clínico e CCIH	P	P	P	P	P	5P
---	---	---	---	---	---	----

Quadro 5 - Distribuição dos dados relativos aos Membros Executores do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, itens necessários dos hospitais públicos municipais e estaduais de grande porte- Fortaleza-CE-2008.

Fonte: A própria pesquisa A = Ausente P = Presente H = Hospital

Em relação aos itens preconizados como Recomendados, podendo ser visto no quadro abaixo (quadro-6), a categoria na avaliação do SCIH apresentou apenas dois itens ausentes, observadas no H4. Estes itens são relacionados a existência de auditorias internas para avaliar o cumprimento do PCIH assim como registros destas auditorias quando existentes. Portanto estas atividades foram presentes para os demais hospitais (H1, H2, H3 e H5).

Quanto ao número de ocorrências de acidentes com perfuro-cortante em funcionários nos últimos seis meses, não foi informado por nenhum dos cinco hospitais, que declararam ser este item de responsabilidade do Serviço de Medicina do Trabalho (SESMT) e não foi possível divulgar.

Itens Recomendados	H1	H2	H3	H4	H5	TOTAL
Existe indicador de Coeficiente de sensibilidade/resistência dos microorganismos aos antimicrobianos	P	P	P	P	P	5P
Existem registros de acidentes por perfuro-cortantes em funcionários	P	P	P	P	P	5P
Existe orientação médica ou consulta aos infectologistas da CCIH na prescrição de antimicrobianos	P	P	P	P	P	5P
A CCIH estabelece medidas de educação continuada para a equipe médica em relação à prescrição de antimicrobianos	P	P	P	P	P	5P
São realizadas auditorias internas para avaliar o cumprimento do PCIH	P	P	P	A	P	4P 1A
Existem registros das auditorias internas para avaliar o cumprimento do PCIH	P	P	P	A	P	4P 1A

Quadro 6 - Distribuição dos dados relativos aos Membros Executores do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, itens recomendados dos hospitais públicos municipais e estaduais de grande porte- Fortaleza-CE-2008.

Fonte: A própria pesquisa A = Ausente P = Presente H = Hospital

Todas as ações avaliadas no programa de controle das infecções hospitalares influenciam na qualidade e segurança do atendimento aos pacientes que internam em instituições de saúde em busca de diagnóstico e tratamento. Entretanto as ações variam em grau de complexidade dependendo da necessidade de serem invasivas ou não. Para classificá-las o roteiro utilizou a criticidade destas ações, sendo estas com poder de influenciar de forma crítica, menos crítica e não crítica na qualidade da assistência.

Não foi possível ter acesso a informações detalhadas mais específicas utilizadas para a elaboração dos critérios de avaliação classificados em I, N e R do roteiro, inclusive foi conversado com membros do GIPEA/ANVISA que também não souberam informar. O que se sabe é que este roteiro é exatamente a cópia da portaria MS n. 2616/98 no qual rege as ações de controle de IH no Brasil. Certamente os critérios são baseados em literaturas e consensos de especialistas.

De acordo com o quadro de n.1 (anexo-1) foi possível observar que os itens de inspeção da categoria Imprescindível no qual envolve ações com possibilidade de influir em grau crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar estão presentes em todos os cinco hospitais pesquisados.

O termo imprescindível segundo dicionário Aurélio (1988) significa que não se pode dispensar e não se pode prescindir. Essencial, fundamental. Portanto indispensável que tais atividades descritas acima, estejam presentes para uma estruturação formal do PCIH em um serviço de saúde.

As ações e normas caracterizadas como imprescindíveis em uma instituição hospitalar, contemplam o cumprimento das leis vigentes no país na área de controle das IH. Nesta categoria estão às ações como a obrigatoriedade da existência de CCIH formalmente nomeada, a qual foi referida pelos cinco hospitais como presentes, tendo inclusive as entrevistadas apresentado documentação com a nomeação destes profissionais.

A existência de um PCIH que contemple atividades inerentes a prevenção e também ao controle destas infecções, foi respondido como presentes por todas as entrevistadas, no entanto não houve apresentação deste programa por escrito. A elaboração regular de relatórios contendo dados informativos e indicadores do controle de infecção hospitalar apresentaram resposta presente por todos os hospitais, onde H1 informou elaborar relatório trimestralmente. H2, H3, H4 respondeu realizar este relatório mensalmente, e H5 informou elaborar um único relatório por ano, porém reiterou que mensalmente são realizadas as estatísticas com elaboração dos indicadores de infecção.

Quanto ao item relacionado à existência de normas e rotinas, visando limitar disseminação de microorganismos de doenças infecto-contagiosas em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento, foi respondido como presente por todos os hospitais, entretanto dado as condições atuais do sistema público de saúde brasileiro, onde é destinado ainda recursos insuficientes ou ainda de acordo com estudos e divulgações públicas em meios de comunicação, tais verbas são mal aplicadas e/ou administradas, estes resultados podem nos levar a pensar na sua inviabilidade prática. Será que tais normas são aplicadas em sua totalidade quando sabemos da falta de recursos materiais, crise econômica, formação profissional em processo de construção, ser realidades conhecidas na área de saúde?.

As normas de fato existem em manuais, e sabe-se da importância destes no direcionamento do serviço, porém na literatura encontramos vários registros de trabalhos que demonstram falhas no manuseio, acondicionamento até a escassez nos hospitais dos equipamentos de proteção individual. Em nossa prática hospitalar sabemos o quanto é comum os profissionais da área de saúde fazerem mal uso de materiais como luvas, máscaras, etc.

A lavagem das mãos, que segundo Santos (2003) mesmo considerada a ação isolada mais importante no controle da transmissão das infecções em serviços de saúde, tem ainda uma baixa adesão dos profissionais.

As comissões devem elaborar junto com os programas de assistência, (certamente isto envolverá a participação dos demais profissionais de saúde), normas e rotinas com medidas de precaução e isolamento. Um sistema de precauções e isolamento tem como objetivo básico prevenir a transmissão de um microorganismo de um paciente portador são ou doente, para outro paciente, tanto de forma direta como indireta (ANDRADE, 2003). Esta prevenção abrange medidas de proteção não só para o paciente, família e acompanhante, como também para os profissionais de saúde.

Segundo Andrade (2003) a norma mais aplicada ou adaptada em hospitais é aquela elaborada pelo CDC e pelo *Hospital Infection Control Practices Advisory Committee* (HICPAC). Estas recomendações têm orientado as normas de isolamento no Brasil. Este sistema abrange dois tipos de precauções: precauções padrão que devem ser aplicadas a todos os pacientes, independente de sua condição infecciosa, presença ou não de doenças transmissíveis e compreendem: lavagem das mãos, luvas, avental máscara, óculos, protetor facial prevenção de acidentes com perfuro-cortantes, descontaminação de artigos e superfícies; e as precauções baseadas nos modos de transmissão que devem ser aplicadas para pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de doença infecto - contagiosa sendo classificadas em precauções de contato e precauções respiratórias para gotículas e para aerossóis. (CDC, 1996).

Talvez um dos itens mais importantes na categoria imprescindível refere-se a existência obrigatória em todos os setores do hospital de disporem impreterivelmente de lavatórios com água corrente, sabão e/ou anti-séptico e papel toalha, para a lavagem das mãos dos profissionais, com fácil acesso, além de incentivo educativo para tal procedimento.

O Manual para Lavagem e Anti-sepsia das Mãos em Áreas de Assistência à Saúde da Associação de Profissionais em Controle de Infecções (APIC) recomenda a lavagem das mãos quando apresentam sujidade visível; antes e depois do contato com pacientes, após contato com fluidos corporais, mucosas, pele

lesada e objetos que possam estar contaminados; e após a remoção de luvas. (LARSON, 1995).

Em geral, os microrganismos são transmitidos por contato direto ou indireto, por meio de gotículas de secreções respiratórias e pelo ar. No ambiente da assistência à saúde, é consenso que a transmissão por contato desempenha o papel mais importante nesta dinâmica de transmissão. Nas atividades diárias, as mãos humanas estão constantemente em intenso contato com o ambiente ao redor e esta forma de transmissão também fica evidente. (SANTOS, 2002).

Conforme Santos (2002) a higienização das mãos é considerada a ação isolada mais importante no controle de infecções em serviços de saúde. Porém, a falta de adesão dos profissionais de saúde a essa prática é uma realidade que vem sendo constatada ao longo dos anos e tem sido objeto de estudos em diversas partes do mundo. A importância da higienização das mãos na prevenção da transmissão das infecções hospitalares é baseada na capacidade da pele para abrigar microrganismos e transferi-los de uma superfície para a outra, por contato direto, pele com pele, ou indireto, por meio de objetos.

Dos cinco hospitais estudados, três deles tem estruturas físicas antigas, arquiteturas atualmente consideradas inadequadas, que a nosso ver, assim como por parte das entrevistadas, dificultam esse acesso as pias para lavagem das mãos, contribuindo ainda mais para esta baixa adesão observada. Escassez de materiais como um sabão líquido de boa qualidade e papel toalha, também são itens que muitas vezes no cotidiano dos profissionais, interferem em uma maior aderência a prática da lavagem das mãos, configurando uma rotina a utilização de materiais de baixa qualidade como sabão em barras, lençóis dos próprios pacientes para enxugar as mãos, ou até mesmo, a secagem destas na própria roupa. A qualidade da higienização e limpeza das pias também em algumas situações não colabora para uso desta prática. Embora os profissionais possam disponibilizar de outros recursos como a utilização da limpeza e desinfecção das mãos com álcool gel a 70%, ainda assim, produtos desta natureza não são rotineiramente encontrados e disponibilizados.

De acordo com Correa et al (2001) o procedimento da técnica da lavagem das mãos, é na maioria das vezes, realizado incorretamente em razão do esquecimento de algumas etapas, pela sobrecarga de serviço, havendo preocupação com a quantidade e não com a qualidade. Realidade semelhante ocorre na maioria dos serviços de saúde, onde esta prática é pouco incentivada, principalmente no que diz respeito a recursos materiais, de infra-estrutura e em especial de conscientização e disponibilidade por parte dos profissionais.

O Manual de Isolamento e Precauções do CDC e do Comitê de Aconselhamento para as Práticas de Controle de Infecções em Hospitais (HICPAC) recomenda a lavagem das mãos entre contatos com pacientes; após contato com sangue, secreções corporais, excreções, secreções, equipamentos ou artigos que possam estar contaminados; imediatamente após a retirada de luvas e entre atividades com o mesmo paciente, para evitar a transmissão cruzada entre diferentes sítios corporais. (NEVES, 2006).

A primeira evidência científica de que a lavagem das mãos pudesse evitar infecções, foi em 15 de maio de 1847 quando Ignaz Philipp Semmelweis (médico húngaro) determinou a lavagem das mãos como uma medida de prevenção na transmissão da febre puerperal. Recomendou ao utilizar uma solução de água clorada e sabão para a lavagem das mãos dos profissionais que prestassem cuidados aos pacientes, conseguindo reduzir de 18,27 para 3,07% o número dessas infecções, dentro de dois meses (ARMOND GA, 2001).

Inspirado nesta medida e na importância histórica desta data para o controle das IH, o MS decretou o dia 15 de maio, dia nacional do controle de infecção hospitalar no Brasil por meio do projeto de lei nº 122 de 2001, do Senado Federal. Estas são medidas isoladas que ajudam no incentivo ao combate as IH, porém não resolvem o problema, visto ser este um problema do dia-a-dia devendo ser enfrentado com mais atitudes por parte dos profissionais e incentivos por parte de cada serviço cada um dentro da sua realidade, procurando utilizar o máximo dos recursos disponíveis e necessários.

No que tange a composição das CCIH, a área e formação dos membros da CCIH está assim constituída por cada hospital: a CCIH do H1 é formada por 04 médicos, 04 enfermeiros, 01 farmacêutico, 01 microbiologista, 01 administrador. A CCIH do H2 consta de 03 médicos, 03 enfermeiros, 01 farmacêutico, e 01 administrador. O H3 é composto por 07 médicos, 04 enfermeiros, 01 farmacêutico, 01 administrador e 01 bioquímico. H4 conta com 03 médicos, 05 enfermeiros, 01 farmacêutico, 01 microbiologista e o administrador. E por fim o H5 que em sua composição conta com 02 médicos, 02 enfermeiros, 01 farmacêutico, 01 administrador, e 01 microbiologista.

Segundo as recomendações da Portaria 2616/98 (BRASIL, 1998) que orienta esta composição, para a adequada execução do PCIH, os hospitais devem constituir CCIH, órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de IH. A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados. Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores. O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital. Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços: serviço médico; serviço de enfermagem; serviço de farmácia; laboratório de microbiologia e administração.

Observamos que todos os hospitais estão em conformidade com a normativa (portaria 2616/98) no que diz respeito à composição das suas CCIH. Do ponto de vista de normatização relacionado à composição, formação e estrutura, todos os hospitais contemplam a recomendação da legislação, entretanto acreditamos que embora estas CCIH existam formalmente, há importantes e significativas dificuldades na implantação e execução prática de tais ações representadas pelas categorias I, N e R. Uma possibilidade viável pode ser dado ao fato de atualmente vivenciarmos uma crise no setor saúde, com hospitais oferecendo serviços muito aquém do ideal, não sendo portanto possível esperar que tais ações relacionadas ao controle de infecção estejam em um patamar superior ou diferente desta realidade.

Verificamos que as CCIH elaboram regularmente relatórios contendo dados informativos e indicadores do controle de IH, sendo no H1 trimestralmente, nos hospitais H2, H3 e H4 os relatórios são realizados mensalmente e no H5 a elaboração do relatório se dá anualmente, embora a cada mês sejam realizadas as estatísticas dos indicadores de IH.

Quanto aos itens Necessários no qual contemplam ações e/ou atividades com possibilidades de influenciar em grau menos crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar, conforme demonstrado no quadro 2 (anexo-2) observamos que os itens ausentes foram praticamente os mesmos para a maioria dos hospitais.

Os hospitais H1, H2, H4 e H5 não dispõem de mecanismos para detecção de casos de IH pós-alta, corroborando com fortes possibilidades nas sub-notificações dos dados e taxas das IH nestas instituições, considerando que as IH podem surgir até um (01) ano após a alta hospitalar do paciente (BRASIL, 1998). Apenas o H3 informou utilizar este mecanismo de busca, embora não seja totalmente contemplado devido à grande demanda de atendimentos.

O H2 apresentou como item Necessário Ausente a normatização da CCIH para supervisionar a prática, ou seja, a aplicação de procedimentos padronizados do serviço de limpeza e higienização hospitalar. Este afirma estabelecer as diretrizes básicas para a elaboração dos procedimentos escritos do serviço de limpeza e que tais procedimentos escritos são padronizados, porém não o supervisiona. Enquanto os hospitais H1, H3, H4 e H5 referiram este item como Presente em seu PCIH.

As ações e/ou atividades contempladas pela categoria Necessária relacionadas às normatizações apresentaram mais itens ausentes, como a existência de uma supervisão por parte da CCIH ao serviço de higienização ambiental e/ou serviço de limpeza hospitalar. Embora este item represente na avaliação do roteiro uma ação cujo papel influencie de forma menos crítica na qualidade e segurança do atendimento hospitalar, esta é uma área de grande colaboração no controle ambiental e muito necessária, visto estar o ambiente

comprovadamente envolvido na cadeia epidemiológica de transmissão das infecções hospitalares, responsáveis pelas infecções cruzadas.

Este fato já comprovado há tempos e citado no estado da arte deste estudo, teve marco inicial o final do século XIX (1854-1855), quando Florence realizou um trabalho que transformou a realidade dos hospitais durante o atendimento aos feridos da guerra da Criméia, ressaltando medidas simples como limpeza pessoal e ambiental. Postulou ainda sobre a importância de pequenas enfermarias, ligadas por corredores abertos. Da mesma forma pregou a necessidade de ambientes assépticos e muito limpos bem como explicitou a transmissão da infecção especialmente por contato com substâncias orgânicas. Em vista desses relatos organizou treinamento para as enfermeiras sobre limpeza e desinfecção, além de orientar a construção de hospitais de maneira a possibilitar maior separação entre os pacientes (MARTINS, 2001).

Não podemos negar o crescimento da importância e valorização atualmente da hotelaria hospitalar, realidade prática melhor observada na rede de assistência privada. Temos observado claramente nos hospitais da Rede pública que estas práticas de limpeza e higienização não estão em conformidade com padrões recomendados. Estes serviços cada vez mais são executados por empresas privadas na maioria dos hospitais fortalecendo os serviços terceirizados nas áreas consideradas de apoio. Nos cinco hospitais cuja pesquisa foi realizada higienização, gerenciamento dos resíduos, lavanderia são realizados por empresas terceirizadas contratadas.

O fato destes funcionários não serem servidores da Instituição e tão somente apenas prestarem serviços, pode de certa forma contribuir para o precário trabalho que tantas vezes observamos nestes hospitais. São profissionais que embora recebam treinamento pelas CCIH nos hospitais pesquisados, como nos foi respondido, não desfrutam dos vínculos empregatícios efetivos, recebem baixíssimos salários e quase nenhuma formação técnica específica, o que a nosso ver pode comprometer a eficiência do trabalho.

Portanto, entendemos que a supervisão dos serviços de limpeza e higienização hospitalar é de fundamental importância para esta área contribuir verdadeiramente com ambientes mais limpos, mais saudáveis o que levaria a minimização dos riscos na cadeia da transmissão cruzada das infecções, além de nos fazer compreender as principais tendências do gerenciamento da hotelaria hospitalar, seu conseqüente efeito sobre o atendimento humanizado e a gestão dos serviços considerando a hospitalidade e o controle dos gastos.

A transmissão cruzada das infecções pode ocorrer principalmente pelas mãos da equipe ou por artigos recentemente contaminados pelo paciente, principalmente pelo contato com sangue, secreção ou excretas eliminados. O meio ambiente tem importância secundária na cadeia epidemiológica destas infecções, exceto: para as doenças contagiosas por via aérea, como é o caso da tuberculose devendo ser devidamente isoladas; para patógenos que sobrevivem em ambientes especiais como a *Legionella* em ar condicionado ou reservatórios de água quente; reformas feitas sem a devida proteção da área, permitindo a disseminação ambiental de fungos como a *Aspergillus*; e finalmente para casos em que os preceitos básicos de higiene não são seguidos (FERNANDES, 2000).

Todos os funcionários devem ser continuamente reciclados nas medidas de controle, contribuindo para a percepção do seu papel no processo de cura de um paciente. Um serviço de limpeza eficiente implica também na aplicação de um gerenciamento correto e adequado dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), importante dinâmica na questão da qualidade e segurança hospitalar. (ANVISA, 2003).

Dentre as ações nesta categoria, podemos citar as normatizações e os artigos mencionados na revisão de literatura desta pesquisa, que para o controle e minimização dos casos de infecção nos serviços de saúde existem aqueles que certamente apresentam um maior peso como a vigilância e controle sistemático da prescrição de antimicrobianos; a existência na prática de uma política de utilização de antimicrobianos definida em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica e a existência de procedimentos escritos relativos ao uso racional de

germicidas que garanta a qualidade da diluição final. Estes são itens importantes, visto serem temas diretamente responsáveis pelo aumento nos índices de infecção devido a um grave problema causado pelo uso indiscriminado e aleatório dos antimicrobianos, causando pressão seletiva e gerando aumento no crescimento dos microorganismos multirresistentes. (MENEZES, 2003).

Como exemplo é possível citar a incidência cada vez mais alta de IH em especial nas UTIs dos hospitais de grande porte, pelos *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilino (MRSA). Trabalhos como o de Menezes et al (2007) realizado na UTI do H4 mostrou que a suscetibilidade de *S. aureus* em cateteres de pacientes atendidos foi de apenas 25% de suscetibilidade para antibióticos de última geração como a oxacilina, gentamicina e imipenem.

O treinamento específico, sistemático e periódico do pessoal do hospital para o controle de Infecção Hospitalar é necessário e uma das alternativas que podem corroborar para um incentivo na maior participação destes profissionais podendo culminar para redução dos índices das IH. Por isto concordamos ser o maior avanço nesta área o investimento nos recursos humanos, uma vez que estes estão envolvidos nas diferentes interfaces do controle de infecção (CAMALIONTE, 2000).

Todos os hospitais informaram realizar treinamento específico na área de controle e prevenção das IH. Quanto a periodicidade de treinamentos específicos e sistemáticos para o pessoal do hospital visando a prevenção e controle das IH o H1 informou ser este treinamento a cada 06 meses, realizando também na ocorrência de surtos e de acordo com o resultado dos indicadores de IH.

O H2 informou ser também a cada 06 meses, tendo como público alvo estudantes/acadêmicos da área médica e de enfermagem. Uma (01) vez ao ano para os residentes da área médica e para os profissionais da área de limpeza hospitalar são realizados cursos uma (01) vez ao ano.

H3 informou realizar de forma rotativa, portanto havendo semanalmente em setores distintos do hospital. Realizam cursos e treinamentos junto com a educação continuada e gerência de enfermagem.

H4 informou realizar curso de 40h anualmente para os profissionais do serviço. E o H5 informou realizar treinamento uma vez ao ano tentando contemplar todos os profissionais da área de saúde.

Segundo Lacerda et al (2006) a evidência de que o PCIH encontra-se atuante e de que há continuidade e regularidade de determinadas atividades deve ser obtida pela averiguação da existência dessa documentação durante, no mínimo, o período de um ano ou pelo tempo de implantação, se menor que esse período. É importante que os documentos e as entrevistas evidenciem a participação da alta administração/direção (gerências, diretorias, superintendências, etc.), além dos outros profissionais que são apontados como membros da CCIH.

Não foram apresentados documentos comprovando tais informações e nos foi justificado pelo fato de tais documentos com listas de presenças em participação de treinamentos estarem sob a guarda e responsabilidade do setor de recursos humanos e que estes precisariam de autorização superior para apresentação dos mesmos.

Todas as coordenadoras das CCIH dos hospitais informaram a existência de manuais de rotinas técnico-operacionais disponíveis para orientação e consulta dos profissionais na área da prevenção das IH. O H1 informou disponibilizar dos manuais de higienização das mãos, precauções padrão e medidas de isolamento, endocardite e normatizações de procedimentos invasivos. O H2 informou disponibilizar de manuais para a área de limpeza hospitalar (em revisão), lavagem das mãos, biossegurança, curativos, limpeza e desinfecção de artigos e de procedimentos técnicos invasivos. Existe um manual geral para o hospital e um específico para a unidade de queimados. Segundo o H3 é disponibilizado o manual da CCIH com rotinas preconizadas das medidas de prevenção das IH em todos os setores de assistência do hospital. O H4 informou ter todos os manuais relacionados

ao controle de infecção. H5 informou disponibilizar de manuais das técnicas de curativos e técnicas de punção de cateter venoso central, higienização das mãos, precauções. No entanto nenhuma das coordenações nos apresentou qualquer um destes manuais citados.

Conforme nossas observações deste campo de atuação estes instrumentos administrativos, tem pouca utilização, em geral ficam esquecidos nas gavetas das salas e/ou dos setores e apenas cumprem exigências normativas.

Para o item informativo com recomendação para a CCIH comunicar periodicamente à Direção e à Comissão Estadual/Distrital a situação do controle das IH, foi referido pela coordenação do H1 enviar relatório mensalmente. O H2 informou envio a cada 06 meses. O H3 informou desconhecer esta prática de forma regular, porém em casos de surtos comunicam a comissão estadual. H4 e H5 comunicam mensalmente.

Infelizmente as informações relatadas neste trabalho pouco foram confirmadas por meio de documentação. Estas se limitam mais as respostas emitidas por meio das entrevistadas. A maioria destas enfermeiras argumentou como justificativa para não apresentação de documentos comprobatórios, o fato de não terem permissão, dificuldades de acesso aos documentos, em especial naquele momento da entrevista por estarem sozinhas ou não disponibilizarem de um assistente administrativo no momento e também pela falta de informatização de alguns destes documentos, acreditando que a informatização certamente facilitaria uma melhor organização.

A disponibilidade de materiais bem como a organização deste setor (CCIH) nos pareceu ser de ordem precária com poucos recursos e espaço físico. Observamos também certo receio por parte das entrevistadas em discutir e abordar o tema com mais liberdade e propriedade e/ou autonomia, demonstrando estar pouco a vontade em falar sobre um tema tão complexo, que por meio da sua prática pode trazer revelações nem sempre satisfatórias e que envolve questões e

discussões relacionadas à área da saúde como sinônimo de qualidade, aprimoramento e competência técnica.

Das três categorias, a dos recomendados (anexo-3) apresentou menor índice de ações presentes. Itens recomendados incluem ações possíveis de influenciar em grau não crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar, podendo ser interpretado como menos importante ou não obrigatório.

Um dos itens a apresentar resposta Ausente foi à existência de consórcio com outros hospitais para utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos na implantação do PCIH, dos quais foi ausente também na maioria deles, como H1, H2, H3 e H4. Apenas o hospital H5 referiu realizar estas articulações.

Para o item Recomendável, a atividade de dispor de mecanismos de comunicação ou integração com outros serviços de saúde para detecção de casos de infecção hospitalar foi ausente em todos os hospitais. As demais ações e atividades recomendadas estiveram Presentes em todos os hospitais. Não se conhece ao certo se esta ausência influenciaria e de que forma na eficiência deste.

A ausência dos itens acima em um PCIH demonstra a falta de interação e comunicação entre os hospitais da mesma rede.

A participação da CCIH na comissão técnica para especificação de produtos e correlatos a serem adquiridos, de acordo com o roteiro não contribui de forma direta na assistência, mas pode influenciar positivamente na qualidade dos serviços em virtude de ser um olhar mais voltado para a abordagem de prevenção aos eventos adversos possíveis com a utilização inadequada e/ou utilização de produtos que não garantam esta segurança, já que atualmente há preocupação excessiva com gastos muitas vezes superados em detrimento das garantias de qualidade e segurança do paciente.

A CCIH promove debates com a comunidade hospitalar sobre o Controle das IH verificamos no H1 estes debates ocorrem trimestralmente. No H2 A CCIH

promove estes debates semestralmente ou sempre que necessário. O H3 promove trimestralmente. O H4 promove anualmente ou ocasionalmente sempre que necessário, em situações de surtos por exemplo. O H5 informou realizar trimestralmente ou quando é detectado surtos.

Na avaliação do SCIH - Membros executores foi observado as ações consideradas Imprescindível (quadro-6) com apenas um (01) único item Ausente, correspondente a inexistência de um laboratório de microbiologia em uma das instituições de saúde pesquisada. Segundo Ministério da Saúde do Brasil (1998) a ausência de um laboratório de microbiologia em um hospital de grande porte com atendimentos e assistência de média/alta complexidade, é um fator considerado grave visto ser de grande importância para o controle das IH.

Não fomos informados das razões da inexistência deste serviço, todavia sabemos ser o H3 um hospital relativamente novo, modelo de gestão e com título de acreditação, o primeiro no Estado. Provavelmente ainda deve estar em processo de completa estruturação.

Segundo a ANVISA (2004) o objetivo do laboratório de microbiologia não é apenas apontar o responsável por um determinado estado infeccioso, mas sim, indicar, através do monitoramento de populações microbianas, qual o perfil dos microrganismos que estão interagindo com o homem. Com essas informações, a equipe de saúde é capaz de definir quais microrganismos pode ser responsáveis pelo quadro clínico do paciente e assim, propor um tratamento mais adequado. No entanto, para alcançar esses objetivos, os laboratórios de microbiologia devem possuir estrutura capaz de estabelecer informações sobre a melhor amostra biológica, reconhecer a flora normal, reconhecer os contaminantes, identificar microrganismos cujo tratamento beneficia o paciente, identificar microrganismos com propósitos epidemiológicos, obter resultados rápidos em casos de emergência, racionalizar no uso de antimicrobianos, realizar o transporte rápido das amostras e o relato dos resultados e manter uma educação médica contínua em relação aos aspectos da infecção hospitalar.

Há controvérsias quanto à terceirização de alguns serviços nos hospitais, e o serviço do laboratório é um deles. Questionamos sobre a efetividade desse fluxo em relação aos resultados dos exames necessários aos diagnósticos das IH. O fato de estes materiais serem encaminhados a laboratórios externos, demandando toda uma estrutura paralela para funcionamento difere quando o serviço é disponibilizado pela própria instituição. Certamente o acesso, assim como a possibilidade de discussões e intervenções da equipe tornariam mais fáceis, viável e de fácil controle.

Quanto à composição do SCIH está assim formada em cada hospital: H1 composto por 04 médicos, 04 enfermeiros, 01 auxiliar de enfermagem e 01 agente administrativo onde os médicos e enfermeiros trabalham em regime de escala. H2 compõem seu SCIH com 03 enfermeiros sendo estes os mesmo que compõem a CCIH. 03 médicos, 01 farmacêutico e um assistente administrativo. No H3, são 02 enfermeiros, 01 médico, 01 técnico de enfermagem que realiza o trabalho de assistente administrativo. H4 02 enfermeiros, 03 médicos, 01 farmacêutico e 01 microbiologista. E H5, a equipe do SCIH é formada por 02 enfermeiros, 02 médicos, 01 farmacêutico e um secretário (digitador).

Chama atenção a presença de auxiliares de enfermagem na formação dos SCIH. Não há nenhuma recomendação legal para esta indicação, porém estes limitam-se pelo demonstrado aos serviços de assistente administrativo e ajuda na organização dos papéis, materiais do setor, etc.

A propósito da carga horária destes profissionais o H1 informou carga horária de 20h/semanais para os enfermeiros e médicos, portanto 02 enfermeiros por turno de 6 horas diárias realizam o serviço de busca ativa. Os demais (auxiliar de enfermagem e o agente administrativo) 30h/semana. O H2 disponibiliza dos enfermeiros com 24 horas semanais, já os médicos têm uma carga horária de 20 horas/semanais. No H3, 01 enfermeiro tem uma carga horária de 30h e o outro de 40h/semana. O profissional médico possui uma carga horária de 20h por semana. H4, os enfermeiros executam uma carga horária de 30 horas semanais, os médicos 20 horas/semana e os demais 10 horas por semana, ou seja, não são integrais do SCIH. E finalmente o H5 tem enfermeiros com carga horária de 40 horas semanais e

médicos com 20 horas por semana. O secretário digitador tem carga horária com 40 h/semanais. Em todos os hospitais a busca ativa é realizada pelo enfermeiro.

Todos os hospitais apresentam número de leitos superior a 200 leitos. H1 disponibiliza oficialmente com 306 leitos; H2 com 400 leitos; H3 245 leitos; H4 não informou número de leitos e H5 276 leitos. Conforme recomendação da portaria MS 2616/98 (Brasil, 1998) cuja recomendação sobre a composição do SCIH, orienta os hospitais manterem no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais devendo um dos membros executores ser preferencialmente, um enfermeiro.

A carga horária diária, dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos indicado na orientação acima quanto ao número de leitos da instituição. Nos hospitais com leitos destinados a pacientes críticos, a CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração.

Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle (BRASIL, 1998).

Quanto ao sistema de vigilância epidemiológica das IH informou o H1 ser o sistema geral (em todo hospital), porém dirigida de forma prioritária aos setores críticos, de acordo com a metodologia NNISS/CDC. Nos demais H2, H3 e H5 adotam o sistema de vigilância geral para todo hospital. H4 por objetivo e dirigida, todos com base na metodologia NNISS/CDC e Portaria 2616.

Em relação aos itens Necessários em um SCIH os hospitais H1, H2 e H3 responderam não realizar outros indicadores, ou seja, não elaboram taxas das infecções hospitalares de outras topografias que não sejam as recomendadas pelo roteiro, sendo estas as topografias urinárias, cirúrgicas, respiratórias, cutâneas e da corrente sanguínea. No entanto os hospitais H4 e H5 informaram elaborar outras taxas de IH suspeitas além daquelas recomendadas.

A coordenação da CCIH do H2 informou não elaborar taxa de Infecção Hospitalar por procedimentos, item considerado Necessário na avaliação do SCIH, afirmando elaborarem estas taxas como indicadores recomendando os demais hospitais (H1, H3, H4 e H5).

A construção de um perfil epidemiológico somente é possível com elaboração de indicadores. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente, nos serviços de Berçário de Alto Risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal), queimados, são: Taxas de Infecção Hospitalar; Taxas de Pacientes com Infecção Hospitalar; Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente; Taxas de Infecções Hospitalares por Procedimentos, exemplos: Taxa de infecção do sítio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação. Taxa de infecção urinária após cateterismo vesical, Taxa de pneumonia após uso de respirador. (BRASIL, 1998). Estes sítios estão associados aos maiores índices de infecção nos hospitais em especial nas UTI's.

Conforme demonstra pesquisa realizada por MENEZES, E.A., *et al.* (2007) na UTI do hospital (H4) esses índices foram bem delineados. De janeiro a dezembro de 2002, de 662 amostras, foram isolados 259 microrganismos (39,1%). Entre as amostras com maior positividade, estão: aspirado traqueal (88/259); sangue (77/259); urina (67/259); cateter venoso (27/259).

Embora as UTI's representem apenas 5% a 10% dos leitos de um hospital, estima-se nelas ocorram cerca de 25% das infecções hospitalares. A média das taxas de infecção hospitalar em 196 UTI's americanas que participaram

do programa National Nosocomial Infections Surveillance System/Center for Disease Control and Prevention (NNISS/CDC) está próxima de 9,2% (com densidade de infecção de 23,7 infecções por mil pacientes/dia), equivalendo a uma taxa duas a cinco vezes maiores do que as encontradas em enfermarias. Na UTI do H4 verificamos a taxa média de infecção hospitalar de 13,4 infecções hospitalares por mil pacientes/dia, sendo menor do que a do NNISS. (MENEZES, E. A., *et al.*2007).

As Taxas de infecção hospitalar são apenas um dos vários indicadores utilizados para avaliar a qualidade da assistência médica prestada em hospitais. Indicadores proporcionam as informações necessárias e mensuráveis para descrever tanto a realidade como as modificações devidas à presença do serviço ou assistência (Saraceno e Levav, 1992; Gastal, 1995). Entretanto há consenso de que o processo de trabalho atualmente dominante dos Programas de Controle das IH, ao pautar-se predominantemente na investigação e elaboração de indicadores epidemiológicos de eventos de IH e determinação de seus fatores de risco, é limitado para reconhecer as condições nas quais as práticas assistenciais são realizadas e qualificá-las em conformidade com as fundamentações já existentes. (LACERDA, 2006).

Segundo a *World Health Organization* (1996), indicadores são marcadores de uma determinada situação da saúde, desempenho de serviços ou disponibilidade de recursos definidos para permitir a monitorização de objetivos, alvos e performances.

A taxa das IH nos últimos doze meses no H1, não foi informada pela coordenação da CCIH, que nos relatou não ter autorização para fazê-lo. A coordenação da CCIH do H2 apresentou demonstrativo de estatística de um único mês como documentação, sendo este o mês de junho de 2008. Relatório com dados de quatro meses anteriores a nossa visita para coleta de dados. Por que não foi apresentado dados mais recentes e/ou atualizados se estes conforme relatos e resposta anterior em outro item do Roteiro por meio da própria coordenação, são realizados mensalmente? Não sabemos. A resposta apresentada se pautou nas questões organizacionais do setor/serviço. O relatório apresentado exhibe as taxas de

IH por clínicas e topografias com taxa total de 5,92% ao mês. Verificamos mais uma vez que as maiores taxas foram encontradas também nas UTI's com índices que variaram entre 11,7% a 25% ao mês.

A coordenação do H3 não informou valores das taxas de IH, porém declarou estarem tais taxas abaixo da meta institucional estabelecida, conforme recomenda a ANVISA.

A coordenação do H4 informou Taxa Geral de IH variando entre 10 a 12% ao ano. Taxa de IH em cirurgia limpa aproximadamente 3%. E o H5 informou taxa anual de IH no último ano de 5,3%.

No que se refere às taxas de letalidade por infecção hospitalar item Necessário na avaliação do SCIH haja vista representar dados significativos ao perfil epidemiológico da instituição, apenas o H2 informou não elaborar, portanto não existe atualmente avaliação e priorização dos problemas com base nestes indicadores. Sendo este item cumprido pelos demais hospitais (H1, H3, H4 e H5), porém sem comprovação documental.

Um estudo de prevalência sobre a magnitude das IH em hospitais terciários conduzido pelo MS mostrou que foram detectadas 1.340 infecções ativas em 1.129 dos 8.624 pacientes internados no dia com hospitalização há pelo menos 24h, no qual apresentou resultados com as taxas de pacientes com IH de 13%, e a taxa de infecções hospitalares de 15.5%. (PRADES, et al 1995).

Os índices apresentados pelos hospitais (H2, H4 e H5) nos parece estar relativamente dentro deste patamar publicado pelo MS (1995) e ANVISA (2004) já mencionadas, embora as taxas do H5 estejam bem abaixo do esperado de onde podemos concluir na possibilidade de sub-notificação dos dados.

As infecções cirúrgicas estão entre as infecções hospitalares mais freqüentemente observadas nos hospitais gerais, apresentando morbidade e/ou letalidade variando desde pequenos abscessos de paredes, de fácil resolução, até

colecções intracavitárias e infecções de próteses com possibilidade de levar pacientes à septicemia com êxito letal. Elas continuam sendo uma das complicações mais temidas no paciente operado, com custos elevados, pois além dos gastos diretos com o tratamento, implicam prolongado tempo de hospitalização (COUTO, et al 2003).

Ainda avaliando os itens Necessários para o SCIH obteve-se resposta ausente na maioria dos hospitais (H1, H2 e H3) para elaboração de taxas das IH em outras topografias além das recomendadas, no entanto os hospitais H4 e H5 afirmam elaborar taxas de infecções hospitalares em outras topografias quando estas aparecem como suspeitas, além daquelas obrigatoriamente recomendadas.

Segundo Portaria 2616/RDC-48 e de acordo com sua orientação as topografias mais associadas às IH são as infecções do trato urinário, as infecções cirúrgicas, respiratórias, cutâneas e por último as da corrente sanguínea. Embora existam outros sítios menos comuns a equipe de saúde, bem como o SCIH deve estar atento na observação dos sinais e sintomas que caracterizam infecções em outros sítios. A instituição deve disponibilizar recursos com este objetivo.

Seguindo as mesmas recomendações da legislação os métodos de busca ativa de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das IH são os mais adequados e quanto a este processo ou método todos os hospitais estão em conformidade. Este método se caracteriza pela utilização de um instrumento próprio (ficha de controle de IH) no qual a enfermeira responsável por estas informações procura os casos de infecção durante a internação hospitalar do paciente e realiza o diagnóstico das IH até sua saída.

No H1 a periodicidade de visitas dos Membros Executores da CCIH nas áreas destinadas à pacientes críticos como UTI adulto e pediátrica, assim como para os demais setores como clínica médica e cirúrgica e semi-intensiva ocorre diariamente.

No H2 as visitas ocorrem também diariamente nas UTI adulto, pediátrica e neonatal, na unidade de queimados e pós-operatório. Nos demais setores esta visita ocorre semanalmente.

No H3 estas visitas ocorrem também diariamente nas UTI adulto, UTI pediátrica, UTI neonatal e berçário de alto risco, assim como nas demais clínicas.

O H4 informa que as visitas são diárias para busca ativa pelos enfermeiros e semanalmente pelos médicos nas UTI (adulto, neonatal) e berçário de alto risco. Na clínica hemato-oncológica, semanalmente. SIDA/AIDS (quando há) porque em geral estes pacientes são transferidos para um hospital específico, também semanalmente, e na clínica cirúrgica diariamente. E no H5 estas visitas ocorrem também diariamente nas UTI adulto, neonatal e berçário de alto risco. Em unidades não críticas a visita ocorre três vezes por semana.

Em relação ao percentual de antimicrobianos em cirurgia nos últimos doze meses, embora todos tenham afirmado elaborar, não foi informado por nenhum dos hospitais pesquisados.

A CCIH do H1 informa não acompanhar ou ter alguma atuação/apoio ao funcionário acidentado por perfuro-cortantes, sendo esta atividade acompanhada pelo SESMT. Demais hospitais informam acompanhar em colaboração com o SESMT, que embora seja dado orientações iniciais estes registros são da responsabilidade do SESMT de cada unidade hospitalar.

E por fim ainda em avaliação a categoria Necessária dentro da inspeção do SCIH, o H2 informou como item Ausente a supervisão do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pela CCIH. Informando os demais hospitais (H1, H3, H4 e H5) que este item se faz presente. As demais ações necessárias e preconizadas no Roteiro RDC-48 da categoria Necessária estão presentes para todos os hospitais. Todos os hospitais Informam apresentar programas de imunização ativa para os profissionais de saúde em atividade de risco com disponibilidade de vacinas como Influenza, Hepatite B e Tétano.

Observamos que em relação a estes itens Necessários na avaliação do SCIH, o H2 foi quem mais apresentou itens ausentes.

No que diz respeito aos itens preconizados como Recomendados, podendo ser visto no (quadro-6), a categoria na avaliação do SCIH apresentou apenas dois itens ausentes, observadas no H4. Estes itens são relacionados a existência de auditorias internas para avaliar o cumprimento do PCIH assim como registros destas auditorias quando existentes. Portanto estas atividades foram presentes para os demais hospitais (H1, H2, H3 e H5).

Embora taxas de IH não se recomende comparação entre os hospitais, pois sabe-se que nenhuma taxa de IH pode ser avaliada fora do seu contexto de origem, onde são consideradas variáveis como: idade do paciente, doença de base que motivou a internação, utilização de antimicrobianos e imunossuppressores, grau de complexidade dos procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos realizados na instituição (BRASIL, 2004), nos foi possível a partir de avaliações individuais dos hospitais devido características, porte e nível de complexidade semelhante, traçar um perfil geral a partir da realidade de cada um. Com base nesta possibilidade optamos por criar um índice de eficiência dos hospitais proposto com base nas recomendações da ANVISA, em relação aos itens Imprescindíveis, Necessários e Recomendados, com peso 5, 3 e 2 respectivamente. Estes resultados nos possibilitaram uma comparação entre os hospitais quanto a presença ou ausência das ações nas categorias (I,N e R) conforme mostra os gráficos 1 e 2.

Observamos a categoria Imprescindível no qual obteve índice de 100% nos hospitais H1, H2, H4 e H5, enquanto H3 apresentou índice menor (92%).

Quanto a categoria Necessária H2 obteve menor índice (86%) e os maiores foram H3, H4 e H5.

A categoria Recomendada na avaliação apresentou os menores índices ou resultados sendo H4 com (70%), H5 (90%) e os demais com 80% dos itens presentes.

Portanto o melhor índice de eficiência na avaliação do PCIH foi demonstrado pelo H5 com (98,53%) devido a melhor relação entre índices Imprescindíveis (100%), Necessários (98%) e Recomendados (90%), lembrando que este resultado foi dado pela relação entre os índices I, N e R. Por outro lado H3 apresentou relação inversa devido principalmente a não apresentar todos os itens Imprescindíveis (92%). Embora H3 tenha sido o hospital com menos itens ausentes na avaliação de todo seu programa, este apresentou índice de eficiência menor (92,2%) devido especialmente a ausência de um item com maior peso na categoria Imprescindível cuja ausência se deu pela falta de um laboratório próprio de microbiologia, importância já discutida anteriormente.

Esta avaliação nos permitiu também observar a fragilidade dos hospitais em relação a prática das ações recomendadas. Esta envolve ações com potencial também de influenciar na segurança e qualidade da assistência ao paciente, embora em grau não crítico. Estas têm o poder de organizar melhor o PCIH enriquecendo sua aplicação e contribuindo com sua prática.

Após descrição dos resultados, para análise estatística foi utilizado distribuição de freqüência entre os itens por hospital. Um índice de eficiência dos hospitais foi proposto com base na recomendação da ANVISA, em relação a itens imprescindíveis, necessários e recomendados. O índice imprescindível recebeu peso 5, necessário 3 e recomendado 2. O índice geral foi dado pelo produto do peso pelos itens. Para complementação na descrição dos dados foi elaborado dois gráficos para melhor demonstração destes resultados.

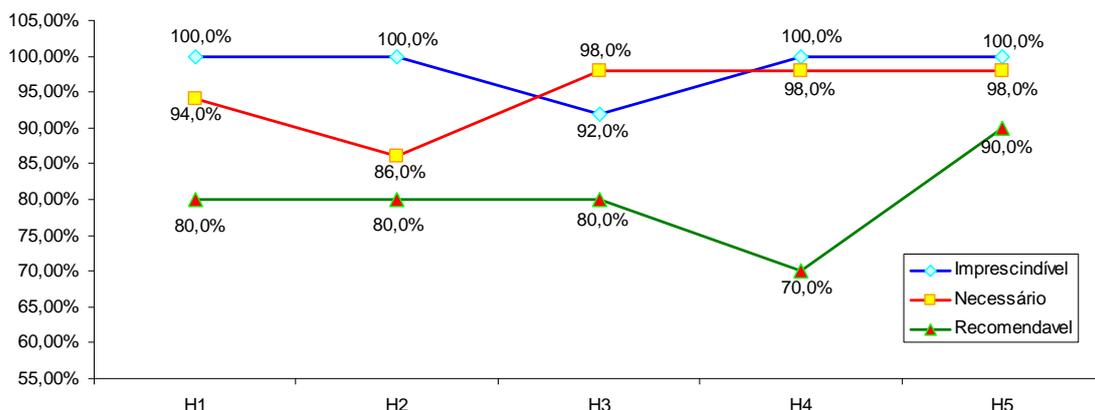


Gráfico 1 – Inspeção do programa de controle de infecção hospitalar nos hospitais públicos municipais e estaduais de grande porte de Fortaleza – 2008 segundo as categorias I, N e R

Conforme gráfico-1, podemos visualizar quanto a presença dos itens Imprescindíveis cujo resultado foi de 100% dos itens presentes nos hospitais H1, H2, H4 e H5. No hospital H3 os itens imprescindíveis presentes foram de 92% na avaliação do PCIH.

Quanto aos itens Necessários, estes apresentaram índices mais variados, com H1 apresentando índice de 94%. H2 índice de 86% dos itens necessários presentes. O H3 com índice de 98%. H4 com 98% e H5 com índice de 98%.

Quanto as ações consideradas como Recomendadas, estas apresentaram índices mais baixos em relação às demais categorias, sendo o hospital H1 com 80% dos seus itens avaliados presentes. H2 com 80%. H3 com 80%. H4 com 70% dos itens presentes e H5 dentro desta categoria (Recomendada) com maior índice de itens presentes – 90%.

Na seqüência demonstramos o gráfico relativo ao índice de eficiência, conforme já descrito anteriormente este índice foi proposto de forma arbitrária com base na recomendação da ANVISA, em relação aos itens imprescindíveis, necessários e recomendados. O índice imprescindível recebeu peso 5, necessário 3 e recomendado 2. O índice geral foi dado pelo produto do peso pelos itens.

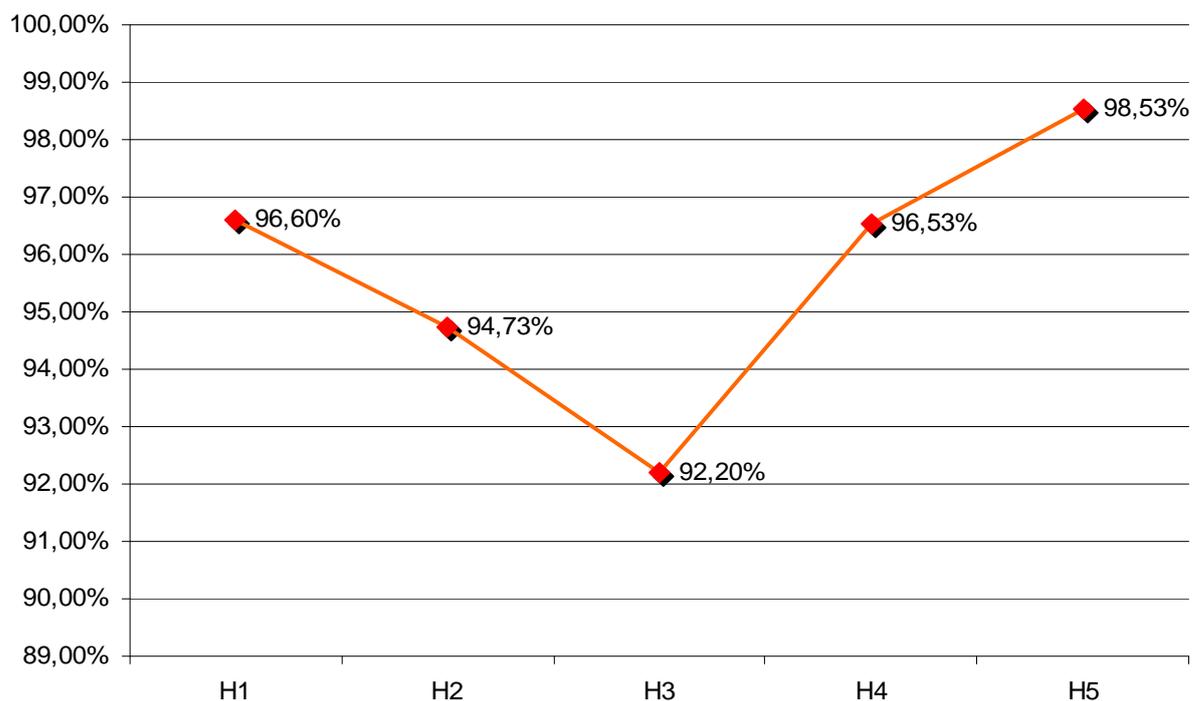


Gráfico 2 – Índice de eficiência dos programas de controle de infecção hospitalar nos hospitais públicos municipais e estaduais de grande porte de Fortaleza – 2008

Conforme o gráfico 2, ilustrando índice de eficiência dos PCIH nos hospitais, podemos observar que H3 apresentou índice de eficiência mais baixo (92%). H1 apresentou 96,6% de eficiência. H2 - 94,73%. H4 - 96.53% e H5 índice de 98,53%.

9 CONCLUSÃO

Com base nos questionamentos pertinentes a conclusão que consta no roteiro de inspeção (*check-list*) da avaliação do PCIH/CCIH e SCIH preconizados por meio da RDC-48 formulamos nossas conclusões afirmando estar implementado os PCIH dos hospitais de grande porte da cidade de Fortaleza/Ce pesquisados. Embora a escassa e/ou ausência de documentação apresentada não demonstre uma CCIH atuante. Foi possível perceber que o SCIH ainda é muito tímido frente aos problemas detectados e conhecidos nos serviços.

Observou-se a partir das informações dos indicadores das IH apresentados, que estes não foram suficientes para se conhecer a realidade dos hospitais, dado a escassez e/ou ausência da apresentação de documentos e registros.

Entendemos que tenha ficado clara a preocupação da CCIH na divulgação de seus dados, pelo menos para algumas instâncias internas como Direção e equipe médica, mas dado as relações de poder ainda não é possível realizar grandes mudanças em condutas e comportamentos dos profissionais envolvidos.

Ficou clara a preocupação da CCIH com a capacitação técnica dos profissionais que atuam no hospital, entretanto esta capacitação ainda é insuficiente talvez devido às grandes demandas de trabalho, pessoal insuficiente, dificuldades estruturais e organizacionais para maior dedicação a treinamentos assim como maior supervisão.

As auditorias internas não ocorrem com freqüência, em geral é possível realizá-las na presença de eventos de alto impacto e com maiores repercussões, portanto poucas ações objetivando a melhoria da qualidade dos serviços são aplicadas.

Não existem estudos com poder de evidenciar mudanças e/ou alterações nos indicadores de controle de infecção hospitalar mediante a realização de

capacitação e treinamento contínuo, uma vez que os índices conhecidos parecem ainda não serem os reais ou não retratarem a realidade dos hospitais.

Considerando os resultados na avaliação do PCIH por meio da RDC ficou evidenciado a existência formal de um programa com objetivo de reduzir o problema das altas taxas de morbi-mortalidade relacionadas às IH, no entanto sabe-se por meio de inúmeras questões mencionadas anteriormente que na realidade a prática é diferente. Quando em visitas aos hospitais, é possível observar que apesar de alguns deles (em nosso caso todos ou maioria) possuírem CCIH e SCIH e executarem o processo de trabalho recomendado, ainda seriam passíveis de alguma forma de interdição, devido suas insuficientes condições de infra-estrutura e da qualidade de procedimentos de assistência.

E para finalizar, segundo as coordenadoras informantes da presente pesquisa faltam mais recursos materiais e humanos além de mais apoio por parte da Direção dos hospitais objetivando uma melhor e maior execução de todas as atividades pertinentes ao controle e prevenção das IH.

Diante do exposto, onde foi evidenciado a existência formal da CCIH nos hospitais públicos de grande porte estudados na cidade de Fortaleza, bem como um Programa de Controle de Infecção Hospitalar implementado conforme determina a Resolução RDC-48 e a portaria MS 2616/98, concluímos que os resultados obtidos por meio do instrumento desta pesquisa não foram compatíveis com a realidade prática conhecida nesses hospitais.

Pesquisas realizadas por órgãos governamentais como MS (1985) e ANVISA (2003), inúmeros relatos de experiências por parte de pacientes, familiares, usuários, e mídia por meio dos principais veículos de comunicação, além de nossa própria experiência como profissionais da área no qual permite uma avaliação dos resultados associando estes as condições estruturais e dos serviços prestados, nos embasam para afirmarmos a necessidade de mudanças se não profundas, pelo menos urgentes e específicas no sistema e filosofia dos serviços de saúde brasileiros.

Nossas sugestões, portanto é para que haja um intenso processo educativo e informativo permitindo maior conhecimento e consciência por parte de todos, inclusive dos usuários, com mais campanhas dentro dos hospitais, mais cobranças dos órgãos governamentais e melhores condições de trabalho para os profissionais.

10 REFERÊNCIAS

- ALVAREZ-LERMA, F. et al. Staphylococcus aureus nosocomial infections in critically ill patients admitted in intensive care unit. **Med Clin**, Barcelona, v.126(17): p.641-6, May, 2006. 14
- ANVISA (BR). Resolução-RDC n.48, de 2 de junho de 2000. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000.
- ANVISA. 9 Informes técnicos institucionais. **Anvisa intensifica controle de infecção em serviços de saúde**. Rev. Saúde Pública, Brasília (DF), 38 (3):475-8, 2004.
- ANDRADE, G.M. **A situação do controle da infecção hospitalar nos hospitais do Distrito Federal**. Dissertação. Brasília, 2003.
- ANDRADE, G. M. 5 **Custos da infecção hospitalar e o impacto na área da saúde.**, Méd., Brasília, 42 (1/2): 48-50, 2005.
- ANDRADE, G.M. **Controle das infecções hospitalares: avanços tecnológicos: velhos hábitos x novas atitudes.** Disponível em: <<http://www.gmp.com.br/artigos2.asp>>. Acesso em: 10 jan. 2008.
- ANDRIOLI, E.R. et AL. **Precauções e isolamento:** Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH). São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 1999, p.8-11.
- ANVISA INTENSIFICA CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE. **Rev. Saúde Pública** 2004; 38 (3):475-8. Informes técnicos institucionais.
- ARMOND, GA. **Técnica de Lavação de Mãos**. In: Martins MA. Manual de infecção hospitalar, epidemiologia, prevenção e controle. 2ª ed. Minas Gerais (MG): Medsi; 2001. p136-324.
- ASSOCIATION FOR PROFESSIONALS IN INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOGY (APIC). **Infection control and applied epidemiology principles and practice**. IN: RUSSEL, N. Olmsted: Mosby Year Book, 1996. p.173-86.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. **Prevenção da infecção de sítio cirúrgico**. São Paulo (SP); 2001.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. **Infecção Relacionada ao uso de Cateteres Vasculares**. São Paulo (SP): APECIH; 2005.

BALSANELLI, Alexandre Pazetto; JERICO, Marli de Carvalho. **Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras**. [online]. , vol. 18, no42009-01-18], pp. 397-402 p://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400008&lng=e&nrm=iso>. ISSN 0103-2100. doi: 10.1590/S0103-21002005000400008.

BERLINGUER, G. 5. Bioética da prevenção. **Bioética**, São Paulo (SP), 1994; 2:117-22.

BOLICK, D. et al. **Segurança e controle de infecção**. 1 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

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

BRASIL, 1999. Lei Nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Publicado no D.O.U. de 27.01.1999, Seção 1, pág. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde.3 Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição a Portaria MS nº 930/92. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm>. Acesso em: 10 set. 2008.

BRASIL, 2004. Projeto de Lei do Senado Federal Nº 124, de 2004. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção, pelos serviços de saúde do País, de um Programa de Controle de Infecções na Assistência à Saúde, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/930_93092.htm>. Acesso em: 20 dez. 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 48, de 2 de junho de 2000. **Dispõe sobre o roteiro de inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.** Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2000/48_00rdc.htm>. Acesso em: 19 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.224/GM. Em 5 de dezembro de 2002.

BRASIL. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Decreto nº 4.588, de 7 de fevereiro de 2003. Revoga o Decreto nº 4.481 de 22 de novembro de 2002, que dispõe sobre os critérios para definição dos hospitais estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**; 10 fev. 2003. p. 1-2.

BRACHMAN, PS. **Epidemiology of nosocomial infections.** In: Bennett JV, Brachman PS, Sanford JP, editors. Hospital infections. Boston: Little, Brown and Company; 1992. Cap 5.

BURMEST, H. **Modelo de gestão para a CCIH.** RAS. Vol. 3 N. 11. Abr. – Jun., 2001. CDC – Guiline for Isolation Precautions in Hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol, 1996, 17: 53-80.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL – CDC. **National Nosocomial Infection Study – NNIS.** Manual, seção XIII, Maio 1994

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. **National Nosocomial Infection Study Report.** Atlanta: Centers for Disease Control, November 1979: 2-14.

CAMALIONTE MLV. Aprimoramento de recursos humanos para o controle de infecção. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde.** São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1679-85.

COLOMBO, A.L.; GUIMARÃES, T. **Epidemiologia das infecções hematogênicas por Candida spp.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop., v. 36, n. 5, p. 599-607, 2003.

COLOMBO, A. L.; NUCCI, M.; PARK, B. J.; NOUÉR, S. A.; ARTHINGTON-SKAGGS, B.; DA MATTA, D. A.; WARNOCK, D.; MORGAN, J. **Epidemiology of candidemia in Brazil: a nationwide sentinel surveillance of candidemia in eleven medical centers.** J. Clin. Microbiol., v. 44, n.8, p. 2816–2823, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J.L., PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. **A avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 29-47, 1997.

CORREA I, RANALI J, PIGNATARI, ACC. **Observação do comportamento dos profissionais em relação ao procedimento de lavagem das mãos no plano assistencial à criança internada**. Nursing (São Paulo). 2001, 4 (42):18-21.

CORTÉS, R. L. et al. Limpeza, desinfección y esterilización del material quirúrgico. *Enfermagem Integral*, v. 27, n. 53, p. 28-32, 2000.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, J.M. **Infecção hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 3 ed., Rio de Janeiro, Medsi, 904 p. ISBN:85-7199-332-7, 2003.

TRONHIN, Daisy Maria Rizatto; MELLEIRO, Marta Maria; TAKAHASHI, Regina Toshie. **A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem**. nome do livro, cap. 7

DONABEDIAN, A. **Quality assessment and assurance**: utility of purpose, diversity of means. *Inquiry*, v.25, p. 173-192, 1988.

DONABEDIAN, A. Evolución de La calidad de La atención médica: *In*: WHITE, K.L.; FRANCK, J. (org). **Investigaciones sobre servicios de salud**: uma antologia. Washington, DC: OPAS, 1992. p. 382-404.

DONALDS, M.S (ed). **Measuring the quality of health care. A statement by the National Roundtable on Health Care Quality**. Washington DC: National Academy Press, 1999.

FARR, B.M. **Infection control in intensive care units: modern problems modern solutions**. *Curr Opin Infect Dis*, v. 32, p. 520-5, 1993.

FELIX, C. C. P. **Avaliação da técnica de lavagem das mãos executada por alunos do curso de graduação em enfermagem**. 2007.138 p. Dissertação (Mestrado) – USP, São Paulo, 2007.

FERRAZ E.M; FERRAZ AAB, BACELAR, TS, D'ALBUQUERQUE, HST, VASCONCELOS, MDMM, LEÃO, CS. Controle de infecção em cirurgia geral - Resultado de um estudo prospectivo de 23 anos e 42.274 cirurgias. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias**: Vol. 28 (1): 17-26, 2000.

FERNANDES, A. T. 7 As bases do hospital contemporâneo: a enfermagem, os caçadores de micróbios e o controle de infecção. In: _____. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. v.1, p. 91-125.

FERNANDES, A. T. **Semmelweis: uma história para reflexão**. Disponível em: <<http://www.ccih.med.br/semmelweis.html>>. Acesso em: 4 out. 2002.

FERNANDES, A. T.; NOCA, S. C. R. Do controle de infecção ao controle de qualidade. In: FERNANDES, A. T. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. v. 2, p. 1706-1720.

FERREIRA, DP. **Indicadores de saúde**: construção e uso. In:Cianciarullo TI, Cornetta VK. Saúde, desenvolvimento: um desafio para os gestores do Terceiro Milênio. São Paulo: Ícone; 2000. p. 259-70.

FERREIRA, ABH. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Editora Nova Fronteira. Rio de Janeiro, **704**, 1988.

FOUCAULT M. **Microfísica do poder**. São Paulo (SP): Forense; 1970.

FONTANA, Rosane Teresinha e LAUTERT, Liana. A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. **Rev. bras. enferm.**, maio/jun. 2006, vol.59, no.3, p.257-261. ISSN 0034-7167.

FONTANA, Rosane Teresinha. As Micobactérias de Crescimento Rápido e a infecção hospitalar: um problema de saúde pública. **Rev. bras. enferm.** , Brasília, v. 61, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

GARNER, JS. **Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions in hospitals**. Infect Control Hosp Epidemiol 1996; 17: 53-80, and Am J Infect Control 1996; 24:24-52.

GOMES, M.J.V.M.; REIS, A.M.M. **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. 1 ed. São Paulo. Ed. Medsi, 2001.

GIUNTA, A. P. N. **Inspeção do programa de controle de infecção hospitalar dos serviços de saúde pela vigilância sanitária: diagnóstico de situação**. 2002. 141 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

GIUNTA, Adriana do Patrocínio Nunes e LACERDA, Rubia Aparecida. Inspeção dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar dos Serviços de Saúde pela Vigilância Sanitária: diagnóstico de situação. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, mar.2006, vol.40, no.1, p.64-70. ISSN 0080-6234.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo. Atlas, 1999.

GRAZEBROOK, J. **Counting the cost of infection**. Nurs Times 1986; 82(6):24-6.

HINRICHSEN, Sylvia Lemos et al . Candidemia em hospital terciário do nordeste do Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 41, n. 4, Aug. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822008000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Dec. 2008.

HORAN, TC; GAYNES, RP. Surveillance of nosocomial infections. In: Mayhall, CG. **Hospital epidemiology and infection control**. WILLIAM & Wilkins, Baltimore 1996; 94:1659-1707.

JARVIS, W.R. *et al.* **Nosocomial infection rates in adult and pediatric intensive care units in the United States**. Am J Med,v. 91, n. 3B, p. 185-91, 1992.

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**, v. 30, n. 1, p. 93-115, abr. 1996.

LACERDA, R. A. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104- acesso em 22 de outubro de 2008.

LACERDA, R. A. 12 Infecção hospitalar e sua relação com a evolução das práticas de assistência à saúde. In: _____. **Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsia**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 9-23.

LARSON, Elaine L., APIC. **Guidelines for Hand washing and hand antisepsis in health-care settings**, in J Infect Control, 1995, 23:251- 269.

LIMA, Mery Ellen; ANDRADE, Denise de; HAAS, Vanderlei José. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva** , São Paulo, v. 19, n. 3, 2007 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-07X2007000300013&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 09 set. 2008. doi: 10.1590/S0103-507X2007000300013.

LUCHESE, G. A Vigilância Sanitária no Sistema Único de **Saúde**. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1411-6, **2004**.

MALIK, A.M.; SCHIESARI, L.M.C. **Qualidade na gestão local dos serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade da Saúde Pública da USP, 1998.

MACHADO, Vera Lúcia de Sá. **Qualitvidade no Serviço Hospitalar**. Uma Metodologia para Avaliação. Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais, 2001. p.158

MARANGONI, D; SANTOS, M. Infecção Hospitalar e seu Controle. In: Coura JR, editor. **Dinâmica das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan, 2005. p. 435-59.

MARTINS, S.T. **Análise de custos da internação de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva com infecções causadas por Pseudomonas aeruginosas e Acinetobacter baumannii multirresistentes**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.

MESIANO, Eni Rosa Aires Borba; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Infecções da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central em unidades de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jan. 2009. doi: 10.1590/S0104-11692007000300014.

MARTINS, R.M. Avaliação do papel das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar. In: RODRIGUES, C.E.A . **Infecções Hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo, 1997. P. 28-36.

MELO, J.M.S. **A medicina e sua história**. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 1989.

MCGLYNN, EA, STEVEN, MA. **Developing a clinical performance measure**. Am J Prev. Med 1998; 14(3S): 14-21.

MARTINS, M.A. **Manual de Infecção Hospitalar. Epidemiologia, Prevenção e Controle**. 2. ed. Belo Horizonte: MEDSI, 2001. p.1116.

MARQUES, Sílvia Regina. **Infecção hospitalar - medidas preventivas (isolamento e precauções)**

MENEZES, E.A. *et al.* Perfil de resistência aos antimicrobianos de *Pseudomonas* isoladas no Hospital Geral de Fortaleza. **Rev Bras Anal Clin**, v. 35, n. 4, p. 177-80, 2003b.

MENEZES, E. A., *et al.* Frequência e percentual de suscetibilidade de bactérias isoladas em pacientes atendidos na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Fortaleza. **J Bras Patol Med Lab.**, v. 43. n. 3. p.149 -155, jun. 2007.

Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNS/ Secretaria de assistência à Saúde [manual]. Brasília (DF): MS; 2000.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2616 de 13 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 15 maio 1998. Seção I.

Ministério da Saúde (BR). Lei n.9.431, de 6 de janeiro de 1997. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n.2.616, de 12 de maio de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MOURA, Maria Eliete Batista et al . Infecção hospitalar: Estudo de Prevalência em um hospital público de ensino. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 60, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672007000400011&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 26 2008. doi: 10.1590/S0034-71672007000400011.

NEVES, ZCP et al. Higienização das mãos: impacto de estratégias de incentivo a adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Latino-am Enfermagem**, [S.L.], 2006 julho-agosto; 14(4)

NIGHTINGALE F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo (SP): Cortez,1989.

NOVAES H, PAGANINI J. **Garantia de qualidade**: acreditação de hospitais para a América Latina e caribe. OPAS, 1992.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v 34, n 5, 547-59, 2000.

PATTERSON, CH. **Joint Commission on Accreditation of healthcare organizations**. Infect Control Hosp Epidemiol, 1995; 16: 36-42.

PADOVEZE, Maria Clara; CAMPOS, Eneida Rached; LIMA, Maria Bernadete. A Gestão de Qualidade na Saúde e o Controle de Infecção Hospitalar. **Revista pratica hospitalar**. Ano VII n.41 set-out 2005.

PAVANELLO, Cristiane Rodrigues Silva, são Paulo, 2005 / Lacerda Aparecida. Dissertação.

PRADES, SS ET AL. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. **Ver do Controle de Infecção – MS** 1995; 2 (2): 11-24

PRINGLE M.; WILSON T., GROL, R. **Measuring “goodness” in individuals and healthcare systems**. BMJ. 2002; 325 (7366): 704-7

OLIVEIRA, T. C. **Controle de Infecção Hospitalar como indicador da qualidade dos Hospitais do município de Campinas e região**, 1997. 120 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. **Infecção hospitalar**. Brasília, DF. [citado em: 21 dez 2000]. Disponível em: URL: <http://www.opas.org.br/noticias/informa/infecção.htm>

OPAS/OMS: Compromisso Mundial em Prol da Segurança do Paciente -Aliança Mundial para a Segurança do Paciente:
<http://www.who.int/patientsafety/en/index.html>

PRADE, S.S. et al. Estudo da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. **Revista de Controle de Infecção Hospitalar**, ano 2, n.2, p. 11-25, 1995.

PRADE SS; FELIX J.; MENDES A.; GADELHA MZ.; PEREIRA M. Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares em hospitais terciários. **Rev. Controle de Infecção Hospitalar**, 1995 mar/jul; 2:11-24.

PEREIRA, M. S. et al. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Goiânia (GO). Texto Contexto Enferm** ; 14(2):250-7, Abr. - Jun. 2005

PEREIRA, MS. Infecção hospitalar e seu controle: problemática e o papel do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm.**, USP 1993; 27(3):355-61.

PISCO, L.A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 11, n 3, 566-68, 2006.

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

1ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2005.

SANTOS, E. F.; OLIVEIRA, F. L. P. **A avaliação da qualidade e o controle de infecção hospitalar**. Brasília, DF: Artes Médicas, 1999. p. 26-28.

SANTOS, Adélia Aparecida. M. Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. **RAS**, vol. 4, n. 15, abr-jun, 2002.

STARLING, C.E.F. et al. (ed). **Sistema de Vigilância de Infecção Hospitalar por Componentes**: metodologia NNISS aplicada a hospitais brasileiros. 2. ed. Belo Horizonte, 1992.

STARLING, CE. Entrevista. **Pratica hospitalar**. Ano V. n.28, jul.- ago. de 2003. p.28

SILVA, R. F. A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo (SP). 11 (1):108-14, jan. – fev. 2003. 13

SOUZA, C. M. A. M. *et al.* Representações sociais das implicações legais da infecção hospitalar e seu controle. **Rev. Bras Enferm**, Brasília (DF), 60 (4):428-33, jul. –ago. 2007.

SANTOS, Adélia. A.M. **O modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares**: após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos? Belo Horizonte, 2006.

SANTOS, NQ. **Infecção Hospitalar**: uma análise histórica-crítica. Florianópolis (SC): UFSC; 1997.

SARACENO, B; LEVAV I. **La Evaluación de Servicios de salud Mental en la Comunidad**. In: temas de Salud mental en la Comunidad. Washington, D.C.: OPS/PALTEX n.19:56-77. 1992.

SOUZA, N.V.D.O.; DANTAS, A.C..; SANTANA, J.C. Gente que cuida de gente com infecção hospitalar. **Rev. Nursing**. n.14, julho/1999. Ano 2, p. 15-19.

SWARTZ E COLS. **Manual e Controle de Infecções Hospitalares**. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil, 1985.

TANAKA, OU.; MELO, CMM. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP; 2001.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo, Atlas, 1987.

TURRINI, R.N.T. 4 Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo (SP), v. 3, n. 2, p. 174-84, jun. 2000.

TURRINI, RNT. Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para infecções hospitalares. **Rev. Esc. Enferm.**, USP. 2000; (2):174-84.

WENZEL, R. P. Instituting health care reform and preserving quality: Role of the hospital epidemiologist. *Clin. Inf. Dis.*, 17:831-6, 1993.

WENZEL, R. P. Historical Perspectives. In:_____ **Assessing quality health care: perspectives for clinicians**. Baltimore, Williams & Wilkins, 1992. p: 7-16.

WINDMER, A.F. Infection control and prevention strategies in the ICU. **Intensive Care Med**, v. 20, n. 5, p. 7-11, 1994.

World Health Organization, "Health Indicators Catalogue". 1996.

ZANON, U.; NEVES, J. **Infecções hospitalares: prevenção, diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Ed. Medsi, 1987

APÊNDICES

Apêndice – I: Termo de Compromisso

Comprometo-me a desenvolver o projeto de pesquisa “Avaliação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar dos Hospitais de Grande Porte da Cidade de Fortaleza/CE”, projeto este que resultará na elaboração de uma dissertação obrigatória à conclusão do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Declaro que a coleta de dados não implica em riscos à saúde de nenhum profissional e que no trajeto teórico-metodológico não será colocado em evidência a identificação de qualquer profissional e/ou da instituição hospitalar participante, uma vez que a abordagem refere-se ao conjunto dos resultados como um todo.

Comprometo-me ainda que toda e qualquer informação bem como seus dados serão descritos neste trabalho seguindo a veracidade de todas as informações obtidas, respeitando desta forma a confiança necessária dispensada na conclusão desta monografia.

Cordialmente.

Verônica Mary Carvalho de Azevedo

Aluna do Curso de Mestrado em
Cuidados Clínicos Universidade
Estadual do Ceará.

**Apêndice – II: Termo de
Consentimento Livre e
Esclarecido**

Eu, Verônica Mary Carvalho de Azevedo, enfermeira (Coren-Ce/ 052862), e mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual do Ceará, curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem, gostaria de convidar o(a) senhor(a) para participar de uma pesquisa com objetivo avaliar os Programas de Controle de Infecção Hospitalar dos hospitais públicos de grande porte da cidade de Fortaleza.

Pesquisas deste gênero são importantes, visto que a avaliação realizada pode contribuir para pesquisas nesta área assim como o trabalho das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual no sentido da melhoria e busca da qualidade constante nos serviços de saúde, recaindo sobre o bem estar da população usuária. A pesquisa envolve a aplicação de um formulário através da aplicação de um check-list e observação dos serviços nos setores de apoio ao referido programa.

Saliento quanto a opção e do direito do(a) senhor(a) poder estar desistindo de realizá-la, por motivos pessoais e institucionais em qualquer fase do processo, e que a pesquisa como um todo não acarretará em nenhum tipo de ônus para a instituição, nem para o entrevistado.

Os dados serão analisados e divulgados, mantendo-se o anonimato e sigilo dos participantes bem como das Instituições envolvidas.

Dúvidas e informações podem ser solicitadas à própria pesquisadora a qualquer momento, pessoalmente ou através dos telefones (85) 34994855 ou 99220204 e e-mail: Azevedo.ve@gmail.com

Diante do exposto, eu

_____, RG _____,

declaro ter sido devidamente informado(a), entendi a proposta e aceito participar voluntariamente da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2008.

Apêndice - III: Carta ao Comitê de Ética e Pesquisa das Instituições

Fortaleza, ____/____/____

Ao Comitê de Ética em Pesquisa:

Encaminho ao Comitê de Ética em Pesquisa, o projeto de pesquisa “Avaliação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar dos Hospitais Públicos de Grande Porte da Cidade de Fortaleza/CE”, desenvolvido no Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito obrigatório à realização da dissertação para obtenção do título de Mestre (declaração de matrícula em anexo).

O projeto visa avaliar os Programas de Controle de Infecção Hospitalar dos hospitais públicos de grande porte da cidade de Fortaleza/CE, no intuito de contribuir com as pesquisas nesta área no sentido da melhoria e busca da qualidade constante nos serviços de saúde.

Caso seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a autora procederá à coleta de dados junto a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar na pessoa da coordenadora responsável pela mesma.

Os dados serão analisados e divulgados, mantendo-se o anonimato das instituições participantes.

Atenciosamente

Verônica Mary Carvalho de Azevedo
COREN-Ce/ 052862

ANEXOS

Resolução-RDC nº 48, de 2 de junho de 2000.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV do Regulamento da ANVSA aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, em reunião realizada em 31 de maio de 2000, considerando o que estabelece a Portaria GM/MS nº 2616 de 12/05/98, publicada no DOU de 13/05/98, para a Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar; considerando a necessidade de implementar ações que venham contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde; considerando que ações, sistematicamente desenvolvidas para reduzir ao máximo possível a incidência e a gravidade das infecções hospitalares, implicam na redução de esforços, complicações e recursos; considerando que compete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária 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, adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Fica aprovado o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, anexo a esta Resolução.

Art. 2º Esta Resolução de Diretoria Colegiada entra em vigor na data de sua publicação.

GONZALO VECINA NETO

ANEXO

ROTEIRO DE INSPEÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

OBJETIVO:

Este Roteiro estabelece a sistemática para a avaliação do cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

DEFINIÇÕES:

Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar CCIH: grupo de profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designado para planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, adequado às características e necessidades da Unidade Hospitalar, constituída de membros consultores e executores.

Controle de Infecção Hospitalar CIH: ações desenvolvidas visando a prevenção e a redução da incidência de infecções hospitalares;

Correlato: produto, aparelho ou acessório não enquadrado nos conceitos de medicamentos, drogas, saneantes domissanitários e insumos farmacêuticos.

Infecção Hospitalar IH: é a infecção adquirida após a admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares;

Membros Consultores são os responsáveis pelo estabelecimento das diretrizes para o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, representando os seguintes serviços: médicos, de enfermagem, de farmácia, de microbiologia e administração.

Membros Executores representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar;

Programa de Controle de Infecção Hospitalar PCIH: conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, para a máxima redução possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares;

Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares SVEIH: metodologia para identificação e avaliação sistemática das causas de infecção hospitalar, em um grupo de pacientes submetidos a tratamento e ou procedimentos hospitalares, visando a prevenção e a redução da incidência de infecção hospitalar.

Unidade Hospitalar UH: estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência à população na promoção da saúde e na recuperação e reabilitação de doentes

INSPEÇÕES

1. As Unidades Hospitalares estão sujeitas à inspeções sanitárias para a avaliação da qualidade das ações de Controle de Infecção Hospitalar e atuação da CCIH.
2. Auditorias internas devem ser realizadas, periodicamente, pelas Unidades Hospitalares, através de protocolos específicos para verificar o cumprimento da legislação específica que trata do Controle de Infecção Hospitalar.
3. As conclusões das auditorias internas devem ser devidamente documentadas e arquivadas.
4. Com base nas conclusões das inspeções sanitárias e auditorias internas, devem ser estabelecidas as ações corretivas necessárias para o aprimoramento da qualidade das ações de Controle de Infecção Hospitalar.
5. As inspeções sanitárias devem ser realizadas com base no Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.
6. Os critérios para a avaliação do cumprimento dos itens do Roteiro de Inspeção, visando a qualidade e segurança das ações de Controle de Infecção Hospitalar baseiam-se no risco potencial inerente a cada item.
 - 6.1. Considera-se IMPRESCINDÍVEL (I) aquele item que pode influir em grau crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar.
 - 6.2. Considera-se NECESSÁRIO (N) aquele item que pode influir em grau menos crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar.
 - 6.3. Considera-se RECOMENDÁVEL (R) aquele item que pode influir em grau não crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar.
 - 6.4. Considera-se item INFORMATIVO (INF) aquele que oferece subsídios para melhor interpretação dos demais itens, sem afetar a qualidade e a segurança do atendimento hospitalar.
 - 6.5. Os itens I, N e R devem ser respondidos com SIM ou NÃO.
 - 6.6. Verificado o não cumprimento de um item I do Roteiro de Inspeção Inspeção deve ser estabelecido um prazo para adequação imediata.
 - 6.7. Verificado o não cumprimento de item N do Roteiro de Inspeção deve ser

estabelecido um prazo para adequação, de acordo com a complexidade das ações corretivas que se fizerem necessárias.

6.8. Verificado o não cumprimento de item R do Roteiro de Inspeção, a Unidade Hospitalar deve ser orientada com vistas à sua adequação.

6.9. São passíveis de sanções, aplicadas pelo órgão de Vigilância Sanitária competente, as infrações que derivam do não cumprimento dos itens qualificados como I e N no Roteiro de Inspeção, sem prejuízo das ações legais que possam corresponder em cada caso.

ROTEIRO DE INSPEÇÃO

A – Identificação da Unidade Hospitalar:

a) Razão Social:

b) C.G.C.

c) Nome fantasia

d) Endereço:

CEP: _____

Bairro _____

Município _____

U.F. _____

Fone () Fax ()

E-MAIL:

e) Tipo da Unidade Hospitalar _____

f) Nível Número de leitos: _____

1- Primário ()

2- Secundário ()

3- Terciário ()

Representante Legal:

Responsável Técnico:

CRM: _____

Data de Preenchimento da Identificação da Unidade Hospitalar: ____/____/____.

Técnico Responsável pelo preenchimento:_____

B – Inspeção do Programa e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH/CCIH).

			SIM	NÃO
1.	I	Existe CCIH neste hospital? norm		
2.	I	A CCIH está formalmente nomeada? Norm		
3.	N	Existe Regimento Interno desta CCIH? (anexar cópia) nor		
4.	INF	Quais as áreas de formação dos membros da CCIH? Indique o número de cada categoria: RH MÉDICOS: _____ ENFERMEIROS: _____ FARMACÊUTICOS: _____ ADMINISTRADOR: _____ OUTROS: _____ ESPECIFICAR: _____		
			SIM	NÃO
5.	I	Existe PCIH neste hospital? norm		
6.	N	Existem manuais ou rotinas técnico-operacionais visando a prevenção e controle da Infecção Hospitalar? norm		
6.1.	INF	Qual (is)?		
			SIM	NÃO
7.	N	Existe treinamento específico, sistemático e periódico do pessoal do hospital para o controle de Infecção Hospitalar.? RH		

7.1.	INF	Qual a periodicidade deste treinamento? 1. 1 A CADA 6 MESES() 2. 1 A CADA ANO () 3. OUTROS () ESPECIFICAR: _____		
			SIM	NÃO
8.	N	As reuniões da CCIH ocorrem regularmente e são registradas em atas? NORM		
8.1.	N	Os registros das atas indicam com clareza a existência de um programa de ação para o CIH no hospital? NORM		
9.	R	A CCIH participa de comissão técnica para especificação de produtos e correlatos a serem adquiridos? X		
10.	N	A CCIH realiza o controle sistemático da prescrição de antimicrobianos? N		
10.1.	N	Existe formulário para a prescrição de antimicrobianos? NOR		
11.	N	Existem procedimentos escritos relativos ao uso racional de Germicidas que garanta a qualidade da diluição final? NOR		
12.	INF	O Hospital tem serviço de limpeza? PRÓPRIO () TERCEIRIZADO () ESTRUT		
12.1.	INF	No caso de ser terceirizado, indicar o serviço (nome, endereço completo).		
			SIM	NÃO
13.	N	A CCIH estabelece as diretrizes básicas para a elaboração dos procedimentos escritos do serviço de limpeza? N		
13.1.	N	Existem procedimentos escritos e padronizados do serviço de limpeza? N		
13.2.	N	A CCIH supervisiona a aplicação destes procedimentos? NOR		
14.	N	A CCIH estabelece programa de treinamento para o serviço de limpeza? RH		
15.	I	A CCIH elabora regularmente relatórios contendo dados informativos e indicadores do Controle de Infecção		

		Hospitalar? (anexar o mais recente). N		
15.1.	INF	Com que periodicidade?		
16.	N	A CCIH divulga os relatórios entre o Corpo Clínico do Hospital? N		
17.	N	A CCIH comunica periodicamente à Direção e à Comissão Estadual/Distrital a situação do CIH? X		
17.1.	INF	Com que periodicidade?		
18.	R	A CCIH promove debates com a comunidade hospitalar sobre o CIH? X		
18.1.	INF	Qual a periodicidade dos debates? 1. TRIMESTRAL () 2. SEMESTRAL () 3. ANUAL () 4. OUTROS() ESPECIFICAR:		
			SIM	NÃO
19.	R	Existe consórcio com outros hospitais para utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos na implantação do PCIH? X		
20.	N	O hospital dispõe de mecanismo para detecção de casos de Infecção hospitalar pós alta: Ambulatório de egressos() Aerograma() Busca fonada() Outros: N		
21.	R	O hospital dispõe de mecanismo de comunicação ou integração com outros serviços de saúde para detecção de casos de Infecção Hospitalar? X		
22.	I	Existem normas e rotinas, visando limitar disseminação de microorganismos de doenças infecto-contagiosas em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento? N		
23.	N	Existe política de utilização de antimicrobianos definida em cooperação com a Comissão de Farmácia e		

		Terapêutica? N		
24.	N	Existe interação entre a CCIH e as coordenações de CIH municipais e estaduais/distrital? X		
25	I	Todos os setores do hospital dispõem de lavatórios com água corrente, sabão e ou anti-séptico e papel toalha, para a lavagem das mãos dos profissionais? ESTRUT		
26.	I	Na ausência de núcleo epidemiológico, a CCIH notifica aos órgãos de gestão do SUS casos diagnosticados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória? N		

C – Inspeção da CCIH Membros Executores – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

			SIM	NÃO
1.	I	A CCIH conta com membros executores? RH		
2.	I	Estão formalmente nomeados? NOR		
3.	INF	Quais as áreas de formação dos membros executores da CCIH? Indique o número de cada categoria: ENFERMEIRO() MÉDICOS() FARMACÊUTICOS() OUTROS() ESPECIFICAR: _____		
4.	INF	Qual a carga horária destes profissionais? ENFERMEIROS: _____ MÉDICOS: _____ OUTROS: _____ ESPECIFICAR: _____		
			SIM	NÃO
5.		Existem procedimentos escritos orientando:		
5.1	N	Lavagem das mãos? N		
5.2	N	Biossegurança (exposição a material biológico e acidentes com perfuro cortantes)? N		
5.3	N	Cuidados com catéteres intravasculares e urinários? N		

5.4	N	Curativos? N		
5.5	N	Limpeza e Desinfecção de artigos? N		
5.6	N	Esterilização? N		
5.7	N	Limpeza de ambientes?BN		
6.	N	Existe treinamento dos funcionários para a aplicação dos procedimentos citados no item 6 acima, realizados em parceria com outras equipes? RH		
6.1	N	Existem registros? N		
7.	N	Existe rotina de controle bacteriológico da água que abastece o hospital? ESTR		
7.1	N	Existe rotina de limpeza de cada caixa d'água que abastece o hospital? ESTR		
7.2	N	Indicar a frequência com que é realizado o procedimento.		
8.	INF	Qual a periodicidade de visitas dos membros executores da CCIH nas áreas destinadas a pacientes críticos:		
8.1		Na UTI adulto? 1. DIARIAMENTE() 2. SEMANALMENTE() 3. OUTROS() ESPECIFICAR: _____		
8.2	INF	UTI neonatal 1. DIARIAMENTE() 2. SEMANALMENTE() 3. OUTROS() ESPECIFICAR: _____		
8.3	INF	UTI pediátrica 1. DIARIAMENTE() 2. SEMANALMENTE()		

		<p>3. OUTROS()</p> <p>ESPECIFICAR:</p> <hr/>
8.4	INF	<p>Berçário de alto risco</p> <p>1. DIARIAMENTE()</p> <p>2. SEMANALMENTE()</p> <p>3. OUTROS()</p> <p>ESPECIFICAR:</p> <hr/>
8.5	INF	<p>Queimados</p> <p>1. DIARIAMENTE()</p> <p>2. SEMANALMENTE()</p> <p>3. OUTROS()</p> <p>ESPECIFICAR:</p> <hr/>
8.6	INF	<p>Hemato-oncológicos</p> <p>1. DIARIAMENTE()</p> <p>2. SEMANALMENTE()</p> <p>3. OUTROS()</p> <p>ESPECIFICAR:</p> <hr/>
8.7	INF	<p>SIDA/AIDS</p> <p>1. DIARIAMENTE()</p> <p>2. SEMANALMENTE()</p> <p>3. OUTROS()</p> <p>ESPECIFICAR:</p> <hr/>
9.	INF	<p>Qual a periodicidade de visitas dos membros executores da CCIH a outros setores</p> <hr/>

		1. DIARIAMENTE() 2. SEMANALMENTE() 3. OUTROS() ESPECIFICAR: _____		
			SIM	NÃO
10.	N	Existem programas de imunização ativa em profissionais de saúde em atividade de risco? RH		
10.1	INF	Quais?		
			SIM	NÃO
11.	I	Existe Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares? N		
11.1	INF	A Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares é: GERAL (todo hospital)() POR OBJETIVO() DIRIGIDA() EM QUAIS SERVIÇOS:		
			SIM	NÃO
12.	N	Existe coleta de dados sobre Infecção Hospitalar? N		
13.	INF	Qual o processo utilizado? BUSCA ATIVA? () BUSCA PASSIVA (ficha de notificação/prontuário)?() BUSCA MISTA (busca ativa + busca passiva)?()		
			SIM	NÃO
14.	N	São levantados os indicadores de Infecção Hospitalar? N		
15.		Quais os indicadores utilizados no Controle de Infecção Hospitalar: N		
15.1	N	Taxa de Infecção Hospitalar?		
15.2	N	Taxa de paciente com Infecção Hospitalar?		
15.3	N	Taxas de Infecção Hospitalar por topografia?		

		URINÁRIA: _____ CIRÚRGICA: _____ RESPIRATÓRIA: _____ CUTÂNEA: _____ CORRENTE SANGUÍNEA _____ OUTROS: _____ ESPECIFICAR: _____		
15.4	N	Taxa de Infecção Hospitalar por procedimento?		
15.5	N	Taxa de Infecção Hospitalar em cirurgia limpa? _____		
15.6	R	Coeficiente de sensibilidade/resistência dos microorganismos aos antimicrobianos?		
15.7	INF	Percentual de antimicrobianos em cirurgia nos últimos doze meses: PROFILÁTICO _____ % TERAPÊUTICO _____ % NÃO USOU _____ %		
15.8	N	Taxa de letalidade por infecção hospitalar		
16.	INF	Qual a taxa de Infecção Hospitalar nos últimos 12 meses? _____		
			SIM	NÃO
17.	N	Existe avaliação e priorização dos problemas com base nestes indicadores?		
18.	N	Os membros executores da CCIH realizam análise do Sistema de Vigilância Epidemiológica, que permite a identificação de surto em tempo hábil para medidas de controle?		
19.	R	Existem registros de acidentes por perfuro-cortantes em funcionários?		
19.1	INF	Qual o número de ocorrências nos últimos seis meses?		
			SIM	NÃO
19.2	N	A CCIH tem atuação/apoio ao funcionário acidentado por perfuro-cortantes?		
20.	I	É utilizado coletor de urina fechado com válvula anti-refluxo?		

21.	I	Existe EPI (Equipamento de Proteção Individual) para realização de procedimentos críticos?		
21.1	N	O uso do EPI é supervisionado pela CCIH?		
22.	N	Existem recipientes diferenciados para desprezar os diversos tipos de resíduos hospitalares?		
23.	INF	O Serviço de lavanderia é: PRÓPRIO?() TERCEIRIZADO?()		
			SIM	NÃO
23.1	N	A lavanderia hospitalar possui sistema de barreiras?		
24.	I INF	O hospital conta com laboratório de microbiologia?		
24.1		O laboratório de microbiologia é: PRÓPRIO() TERCEIRIZADO()		
			SIM	NÃO
25.	N	São emitidos relatórios de sensibilidade/resistência bacteriana para o corpo clínico e CCIH?		
26.	R	Existe orientação médica ou consulta aos infectologistas da CCIH na prescrição de antimicrobianos?		
27.	R	A CCIH estabelece medidas de educação continuada da equipe médica em relação à prescrição de antimicrobianos?		
28.	R	São realizadas auditorias internas para avaliar o cumprimento do PCIH?		
29	R	Existem registros?		

D – Conclusão

			SIM	NÃO
1.		O PCIH está implementado?		

1.1	Em caso afirmativo, informar: TOTALMENTE() PARCIALMENTE()		
		SIM	NÃO
2.	A documentação apresentada demonstra que a CCIH é atuante?		
3.	Os indicadores de Infecção Hospitalar são compatíveis com a realidade hospitalar observada?		
4.	Há preocupação da CCIH na divulgação de seus dados?		
5.	Há preocupação da CCIH com a capacitação técnica dos profissionais que atuam no hospital?		
6.	A partir dos resultados das auditorias internas foram implementadas ações corretivas objetivando a melhoria da qualidade dos serviços?		
7.	Foram evidenciadas alterações nos indicadores de Controle de Infecção Hospitalar mediante a realização de capacitação e treinamento contínuo?		
8.	Está evidenciado o comprometimento e apoio da Direção para a implementação do PCIH?		

9. Pessoas Contatadas:

10. Nome, Nº de Credencial e Assinatura dos Inspectores: