



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Mariane de Carvalho Machado Cerqueira

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA DE
CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM
HOSPITAIS PÚBLICOS DE SALVADOR**

SALVADOR
2006

Mariane de Carvalho Machado Cerqueira

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA DE
CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM
HOSPITAIS PÚBLICOS DE SALVADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de mestra, área de concentração Administração dos Serviços de Enfermagem.

**Orientadora
Prof^ª Dr^ª Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes**

**SALVADOR
2006**

Mariane de Carvalho Machado Cerqueira

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA DE
CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM
HOSPITAIS PÚBLICOS DE SALVADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração Administração dos Serviços de Enfermagem.

Aprovada em: 30 de março de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes _____

Doutora em Administração e Professora da Universidade Federal da Bahia

Ana Verena Almeida Mendes _____

Doutora em Infectologia e Professora da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública

Angela Tamiko Sato Tahara _____

Doutora em Ciências da Saúde e Professora da Universidade Federal da Bahia

Álvaro Pereira _____

Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

A Deus, por minha vida e minhas conquistas.

A Nossa Senhora, minha mãe, por sua presença em todos os momentos da minha vida.

A meus pais, Walter e Iolanda, por me ensinarem a ser determinada em meus objetivos, ética
e humilde.

A meu esposo, Welington Félix, pelo apoio e compreensão constantes.

Compartilho com vocês o mérito desta vitória.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes, pela orientação, contribuições e incentivo, conduzindo-me nesta jornada com respeito e carinho.

À banca examinadora deste estudo, composta pelas Drª Angela Tamiko Sato e Drª Ana Verena Almeida Mendes e pelo Dr. Álvaro Pereira, pelas contribuições; seus olhares possibilitaram enriquecer meu estudo.

À Profª Drª Cristina Maria Meira de Melo, pela aprendizagem e apoio durante todo o mestrado.

À Profª Darci Santa Rosa, pelas sugestões na realização deste trabalho.

À Msc. Maria de Fátima Nery, pela troca de idéias durante a elaboração do projeto.

Aos professores da Escola de Enfermagem da UFBA, em especial aos que atuam na Pós-Graduação, e ao Grupo de Pesquisa GERIR, pelo processo de aprendizagem partilhado.

Às colegas do mestrado, pois juntas compartilhamos muitas experiências no caminhar desta jornada, foi muito bom conhecê-las e tê-las por perto.

Ao Enfº Benedito Fernandes, pela contribuição bibliográfica de grande importância à elaboração deste trabalho.

Às enfermeiras e médicas dos hospitais que participaram desta pesquisa, pela confiança e disponibilidade.

Às Drª Maria Nita Ferraz e Márcia Aparecida Gomes da SESAB/COGESTEC, exemplos de competência na área da enfermagem, pela amizade e colaboração.

À Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e aos hospitais por terem possibilitado a coleta dos dados.

Aos dirigentes e às amigas do Hospital Santo Amaro, pela compreensão e apoio.

Às funcionárias da Pós-Graduação e da biblioteca da Escola de Enfermagem, pela disponibilidade em todas as situações.

A Srª Tessa Loreiro, pelo trabalho de tradução do resumo.

Às Enfermeiras Leila Brito e Dilian Simões, pelas contribuições nos momentos iniciais.

A todos aqueles que contribuíram para que fosse possível a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar a qualidade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) nos hospitais públicos, estaduais de Salvador, Bahia, quanto à estrutura, processo e resultado; e, como objetivos específicos, identificar a interferência da estrutura, do processo e do resultado na qualidade do PCIH e avaliar a qualidade global em relação aos níveis de desempenho do PCIH. Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo, que utilizou o método quantitativo e, como referencial teórico, a concepção sistêmica de avaliação da qualidade baseada nas dimensões: estrutura, processo e resultado. Como técnica de pesquisa, utilizou-se a entrevista aos membros do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e como instrumento para coleta dos dados foi aplicado um formulário, além de observações e constatação de documentos, verificando se as práticas sob avaliação faziam parte da rotina de trabalho do SCIH. O formulário refere-se a um recorte da Portaria nº 1083/04 da SESAB, sendo selecionada a unidade temática PCIH. Esta Portaria teve sua 1ª edição publicada em 2001, ocasião em que foi validada por técnicos da SESAB, do Ministério da Saúde e de várias Secretarias Estaduais. Seus critérios de avaliação foram baseados na literatura científica especializada e na literatura oficial brasileira. Conclui-se que a qualidade média alcançada pelo PCIH, na unidade temática analisada, nos hospitais públicos estaduais, acima de 100 leitos, de Salvador, no nível 1 foi de 81,71%, determinando um nível de desempenho bom, valor acima da hipótese deste estudo, no nível 2 foi de 57,68%, valor considerado regular e no nível 3, foi de 23,12%, considerado insuficiente, nos níveis 2 e 3, os valores encontrados estão abaixo da hipótese deste estudo. As variáveis de estrutura interferiram negativamente na qualidade do PCIH apenas no nível 3, levando a um resultado insuficiente neste nível. As variáveis de processo causaram interferência nos níveis 2 e 3 e, na maioria, as variáveis de resultado não foram atendidas no nível 1 e em 100% do nível 2. Observou-se que, quanto maior o nível de desempenho, menor é o atendimento as questões de estrutura, processo e de resultado.

Palavras-chave: Avaliação. Qualidade. Infecção Hospitalar.

ABSTRACT

The general objective of this work is to evaluate the quality of the Control Program of Hospital Infection (PCIH) in state public hospitals, in Salvador - Bahia, as to structure, process, result in PCIH quality, and evaluate quality according to performance level of the PCIH. It is an assessment, descriptive study, which used a quantitative method, and as theoretical reference, a systemic conception of the evaluation of quality based on structural dimensions, process and result. The components used in this one were: structure, process and result. Data was collected by interviewing Control of Hospital Infection Service (SCIH) members and by means of an application form, in addition to observation and document findings to verify if procedures under assessment were part of the work routine of SCIH. The application form refers to a piece of # 1083/04 of SESAB regulation, being selected the theme unit PCIH. This regulation had its 1st edition published in 2001, when it was validated by SESAB technicians, Health Ministry and several State General Offices. Assessment criteria were based on scientific specialized literature and Brazilian official literature. The conclusion reached was that the average quality in PCIH, in the unit analysed in state public hospitals with more than 100 beds in Salvador, level 1 reached 81,71%, determining a good level of performance, value above hypothesis of this study, level 2 reached 57,68%, determining a regular level, and in level 3, 23,12% was considered insufficient, on levels 2 and 3 the values are under hypothesis of this work. Variables in the structure interfered negatively in PCIH quality only in level 3 reaching an insufficient result in this level. Variables in the process cause interference in levels 1 and 2 and, mainly variables of result were not attended in level 1 and in 100% of level 2. It was noted that the bigger the level of performance, the smaller the attendance on structure, process and result questions.

Key-words: Evaluation. Quality. Hospital Infection.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de frequência e percentual por categoria profissional. Salvador-Bahia, 2005.	73
Tabela 2	Distribuição de frequência e percentual por tempo de formação profissional. Salvador-Bahia, 2005.	74
Tabela 3	Distribuição de frequência e percentual por nível de formação profissional. Salvador-Bahia, 2005.	74
Tabela 4	Distribuição de frequência e percentual por tempo de trabalho no SCIH. Salvador-Bahia, 2005.	75
Tabela 5	Distribuição de frequência e percentual de respostas sobre variáveis da dimensão estrutura nos níveis 1, 2, 3. Salvador, Bahia, 2005.	76
Tabela 6A	Distribuição de frequência e percentual de respostas sobre variáveis da dimensão processo no nível 1. Salvador, Bahia, 2005.	77
Tabela 6B	Distribuição de frequência e percentual de respostas sobre variáveis da dimensão processo no nível de desempenho 2. Salvador, Bahia, 2005.	80
Tabela 6C	Distribuição de frequência e percentual de resposta sobre variáveis da dimensão processo no nível de desempenho 3. Salvador, Bahia, 2005.	83
Tabela 7	Distribuição de frequência e percentual de respostas sobre variáveis da dimensão resultado nos níveis de desempenho 1 e 2. Salvador, Bahia, 2005.	87
Tabela 8	Distribuição de média de percentagem quanto a avaliação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, segundo o tipo de hospitais e níveis de desempenho. Salvador, Bahia, 2005.	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIH	Associação Brasileira de Profissionais em Controle de Infecção Hospitalar.
AMH	<i>Accreditation Manual for Hospital.</i>
AMECIH	Associação Mineira de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar.
APIC	Associação de Profissionais em Controle de Infecção.
APECIH	Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar.
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
CDC	Centers for Disease Control and Prevention.
EUA	Estados Unidos da América.
IH	Infecção Hospitalar.
ISO	<i>International Standard Organization.</i>
JCAHO	Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations.
MS	Ministério da Saúde.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
ONA	Organização Nacional de Acreditação.
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar.
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde.
PNCIH	Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar.
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade.
SENIC	<i>Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control.</i>
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UTI	Unidade de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE	18
	2.1 Abordagem da Avaliação em Serviços de Saúde	18
	2.2 Definições da Qualidade em Serviços de Saúde	23
	2.3 Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde	30
3	O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL	39
	3.1 Contextualizando a Infecção Hospitalar no Brasil	39
	3.2 A Infecção Hospitalar como alvo das Políticas de Saúde no Brasil	42
	3.3 Estrutura do Programa de Controle de Infecção Hospitalar	48
	3.4 Âmbito de Atuação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar	51
	3.5 O Programa de Controle de Infecção e a Qualidade Hospitalar	54
4	METODOLOGIA	60
	4.1 Referencial Teórico	60
	4.2 Tipo de Estudo	60
	4.3 População e Amostra	61
	4.4 <i>Locus</i> do Estudo	61
	4.5 Instrumento para Coleta de Dados	63
	4.6 Análise dos Dados	65
	4.7 Variáveis	66
	4.8 Aspectos Éticos	72
5	AVALIANDO A QUALIDADE DO PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	73
	5.1 Avaliação da Estrutura	73
	5.2 Avaliação do Processo	76
	5.3 Avaliação do Resultado	87
	5.4 Avaliação Global por Nível de Desempenho	90
6	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	93
	REFERÊNCIAS	99
	APÊNDICE	105
	ANEXOS	106

1 INTRODUÇÃO

Os serviços hospitalares possuem várias peculiaridades que os diferem dos demais serviços da área terciária da economia. Entre outros aspectos, é um trabalho sistêmico, pois o processo de trabalho envolve várias categorias profissionais, depende de mão-de-obra especializada, usa tecnologia cara e de ponta, do que decorre a geração de custos elevados, e possui uma intensa relação entre o prestador e o usuário, a qual pode ser longa e ter conflitos.

Aliadas ao cenário atual que envolve as organizações de saúde, que é de alta concorrência, à pressão por parte dos planos e seguradoras de saúde em otimizar recursos empregados e ao aumento das exigências dos usuários pela qualidade dos produtos e serviços, principalmente nas organizações públicas, essas características trazem cada vez mais a questão da qualidade como uma necessidade para a sobrevivência dos serviços.

Ante essa complexidade, torna-se fundamental aos gestores das organizações hospitalares a preocupação com a qualidade, pois dela depende o êxito da organização em relação a sua finalidade.

O usuário, ao procurar um serviço hospitalar, deseja restabelecer sua saúde, tratar sua doença, sem sofrer riscos ou contrair novos agravos. Como afirma Prade (2004, p. 101), “[...] a qualidade da assistência hospitalar é um atributo desejável deste serviço”.

Mas o que é qualidade em saúde? Como avaliar a qualidade? Conforme Nogueira (1994), a qualidade do ato em saúde é uma consequência das formas como ocorre a produção dos serviços.

Assim, para que o serviço seja de qualidade, é preciso que tenha eficiência, eficácia, alto grau de excelência profissional, redução de riscos e elevado grau de satisfação do usuário.

De acordo com Donabedian (1988), para avaliar a qualidade na área de saúde, é

obrigatório traduzir os conceitos e as definições gerais em parâmetros e indicadores calibrados e validados, baseados em estrutura, processo e resultados.

A qualidade pode ser considerada como resultado de uma gestão sob o aspecto de determinadas metas a serem alcançadas, com feições quantitativas, como uma meta de serviço para diminuir a taxa da infecção hospitalar (IH).

A IH representa um dos principais problemas da qualidade da assistência enfrentado nas organizações hospitalares, devido à alta prevalência, letalidade significativa e morbidade associada e pelos altos custos econômicos e sociais gerados com seu tratamento. Aqueles são causados pelo aumento no tempo de permanência hospitalar, consumo de medicamentos, necessidade de realização de novos exames e de assistência médica. Estes são gerados principalmente pela interrupção da atividade laboral dos usuários com IH. Há ainda danos indiretos, difíceis de avaliar, como a dor, o sofrimento e o isolamento experimentado pelo usuário que contrai uma IH. (RODRIGUES, 1997).

O hospital moderno tem como objetivo básico a promoção da saúde. Assim, um dos enfoques do problema das infecções hospitalares é o social.

Outro aspecto importante que deve ser considerado é a questão ética. Como afirma Mezomo (2001), os serviços de saúde podem e devem melhorar sua estrutura, seus processos e resultados pelo respeito às pessoas e pela defesa de seus direitos. E resultados não desejados têm, evidentemente, uma causa que deve ser pesquisada.

Para Camaliente (2000), a IH é e permanecerá sendo um dos principais indicadores de qualidade dos serviços de saúde.

Indicadores são, segundo a World Health Organization (WHO) (1996), marcadores da situação de saúde previamente definidos, que permitem monitorar objetivos, alvos e *performances* dos profissionais em serviços. O tempo de permanência, a taxa de mortalidade,

a taxa de IH, o percentual de cesáreas e complicações cirúrgicas e a taxa de readmissão imediata são os indicadores mais conhecidos.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) calcula e analisa vários indicadores hospitalares, como a taxa de IH, a taxa de letalidade por IH e a taxa de mortalidade por IH, entre outros.

No Brasil, as Portarias do Ministério da Saúde (MS) são claras quanto à investigação das infecções hospitalares, situando-as juridicamente nas três áreas do direito — penal, civil e administrativo —, e fica evidente que a responsabilidade administrativa é atribuída à organização hospitalar, já os aspectos civil e penal dependerão de análises das circunstâncias.

Embora a Lei nº 9.431 de 6 de janeiro de 1997 tenha determinado a todo hospital brasileiro, público ou privado, a obrigatoriedade em implantar e manter um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) (BRASIL, 1997), é conhecido que isto não é uma realidade nos hospitais do País.

Um PCIH em pleno funcionamento garante a orientação de ações básicas de assistência à saúde, com redução das taxas de IH, ao menor custo/benefício possível. O Centro para Controle de Doenças (CDC) de Atlanta, EUA, realizou um projeto o qual constatou que a atuação efetiva do PCIH conduziu à redução das taxas de IH em 32%. (HUGHES, 1988).

Assim, o controle das infecções contribui decisivamente para que o hospital seja mais seguro, o atendimento mais eficiente e haja racionalização de recursos, ficando evidente o papel de gestor da qualidade que o PCIH desempenha dentro do atual modelo de assistência à saúde.

Diante do exposto, percebe-se que a implantação efetiva e a avaliação do PCIH precisam ser alvo de atenção por parte dos formuladores das políticas de saúde, dos gestores das organizações hospitalares e dos controladores de IH.

A avaliação implica analisar e julgar, comparando o objeto de avaliação com algo desejável, padronizado como ideal. Para Silva e Formigli (1994), o uso de métodos e técnicas objetivas é indispensável ao se realizar uma pesquisa avaliativa.

Para estas autoras, a avaliação permite conhecer o que está sendo realizado e, assim, fornece dados para a tomada de decisão, que poderá ser modificada, direcionada ou redirecionada a execução de ações e atividades de um programa ou do serviço como um todo, o que poderá causar a otimização de recursos, redução de custos e melhoria contínua das atividades dos serviços e produtos.

Silva e Formigli (1994, p. 9) consideram a avaliação como um componente indispensável ao planejamento, e afirmam que “[...] a avaliação é muito lembrada, pouco praticada e quando realizada, não é muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões”.

Assim, percebe-se que a avaliação é necessária para a implantação, o planejamento e o acompanhamento de um programa ou serviço. Porém, seu uso como instrumento de gestão ainda é rudimentar na prática cotidiana das organizações hospitalares.

De acordo com Mezomo (2001) cabe aos gestores de saúde, em todas as esferas — federal, estadual e municipal — e, também, aos administradores e setores internamente, avaliar o que existe nas organizações, como está sendo feito e se o resultado obtido é o desejado.

Nesse contexto, os desvios encontrados devem ser analisados, criando disposições para corrigi-los ou indicando necessidade de ações corretivas para evitar a repetição. (MELO; CAMARGO, 1998).

As reflexões críticas desses autores sobre a avaliação reforçaram a intenção desta autora em realizar este estudo.

No Brasil, o último estudo realizado pelo MS, com o objetivo de conhecer e avaliar a qualidade das ações do controle da IH, foi em 1994. (PRADE, 1995).

Na Bahia, apesar da existência de uma Portaria estadual que regulamenta a avaliação da qualidade do PCIH e obriga os hospitais a realizá-la semestralmente e, anualmente, por técnicos e parceiros da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), os seus resultados ainda são incipientes.

Conhecer os resultados das avaliações é de fundamental importância no processo de melhoria contínua dos serviços e programas, pois os gestores precisam conhecê-los para que possam incorporá-los aos planos de ação e metas das organizações, auxiliando-os na obtenção dos resultados esperados.

A construção deste estudo foi o resultado de inquietações que surgiram durante o trabalho da autora nas organizações hospitalares, vivenciando problemas relacionados às dificuldades estruturais e de processos e percebendo a importância da atuação do PCIH com a qualidade hospitalar.

Na literatura, existe uma carência de trabalhos sobre avaliação na área de controle da IH, sendo as publicações relacionadas, na maioria das vezes, ao paradigma tradicional da saúde-doença, à assistência curativa, que privilegia o modelo hospitalocêntrico.

Isso tem sido evidenciado pela autora desta pesquisa, que é especialista em controle de IH e administração hospitalar e, ao longo de seu desempenho profissional vem desenvolvendo atividades assistenciais, administrativas e de pesquisa, acompanhando a produção científica na área e publicando trabalhos relacionados à educação em serviço, investigação de surtos de IH, diagnóstico e análise de indicadores de IH. (CERQUEIRA, et al, 1996, 2002a, 200b, 2004a, 2004b).

A experiência da autora, atuando há dez anos como membro do SCIH e há três anos como parceira da SESAB na avaliação da qualidade do PCIH nos hospitais do Estado da

Bahia, levou-a a observar quão incipiente é a prática da avaliação nos serviços e programas hospitalares, no que se refere à IH.

Por essas observações, foi possível refletir que a avaliação do PCIH não faz parte da rotina organizacional na maioria dos serviços hospitalares, o que pode ser explicado pela falta de conhecimento dos gestores sobre sua importância e benefícios como instrumento de gestão, ou porque, através da avaliação, são identificados pontos críticos que estão relacionados a pessoas e/ou processos, ausência de recursos e falta de controles, e, muitas vezes, não há interesse político em resolver estas questões.

Essa posição leva à tomada de decisões e à adoção de estratégias equivocadas, além da manutenção dos custos elevados e das queixas pelos usuários. Uma avaliação bem feita leva a análise correta e intervenções pontuais e resolutivas que implicam obter sucesso e fundamentam a gestão moderna.

O desafio da qualidade do PCIH envolve vontade e determinação das pessoas e passa pela análise dos recursos disponíveis na sua estrutura, pela harmonia dos fluxos e processos e pelos resultados alcançados.

Diante do exposto, surgiu a motivação em desenvolver este trabalho de pesquisa. Refletindo sobre tal temática, buscou-se com o estudo responder ao seguinte questionamento:

- *Qual é a qualidade do programa de controle de infecção hospitalar nos hospitais públicos estaduais de Salvador, quanto à estrutura, processo e resultado?*

Considerando que o não atendimento dos padrões de estrutura, processo e resultado do PCIH interfere negativamente na qualidade do seu desempenho, esta investigação teve como hipótese: *A qualidade média alcançada pelo PCIH nos hospitais públicos estaduais de Salvador, em cada nível de desempenho, está em torno de 70% dos valores preconizados na Portaria 1.083/2004.*

Buscou-se avaliar o PCIH a partir da variável dependente — nível de desempenho e das variáveis independentes — questões relacionadas à estrutura, processo e resultado.

Para tal, foi estabelecido como objetivo geral:

- Avaliar a qualidade do programa de controle de infecção hospitalar nos hospitais públicos, estaduais de Salvador, Bahia, quanto à estrutura, processo e resultado.

Foram definidos como objetivos específicos:

1 - *Identificar a interferência da estrutura, do processo e do resultado na qualidade do PCIH.*

2 - *Avaliar a qualidade global em relação aos níveis de desempenho do PCIH.*

Foi realizada uma pesquisa avaliativa e descritiva com abordagem quantitativa.

Estudar e investigar a temática proposta justifica-se por ser um problema atual, pela sua abrangência e magnitude, por ser obrigatória a existência desse Programa nos hospitais em todo o território nacional, pela relevância na redução das taxas do temido problema que é a IH, por ser o PCIH a unidade temática mais representativa ao avaliar os padrões de qualidade da assistência na área hospitalar com foco no controle da IH e, ainda, por sua contribuição em uma área com poucas publicações.

Espera-se que os resultados alcançados pelo presente estudo possam oferecer subsídios administrativos e técnico-científicos aos gestores das organizações hospitalares e aos formuladores e executores do PCIH mobilizando-os para a revisão dos processos e métodos, a reorganização de suas práticas, a redução de riscos, a defesa da vida e a melhoria no desempenho organizacional.

Esta dissertação foi estruturada e organizada em seis itens articulados entre si, expressando o processo vivido na sua construção. No item 1, está a Introdução, onde foram apresentados o tema, o problema e os objetivos.

No item 2, são discutidos os aspectos referentes à avaliação da qualidade em saúde e, para tal, inicialmente se contextualiza a avaliação em Serviços de Saúde, sendo apresentadas e discutidas as etapas, os benefícios e sua importância. Posteriormente, descreve-se como está a atividade da qualidade nestes Serviços a luz do referencial teórico e de alguns autores.

O item 3 trata do controle da IH no Brasil e, para tanto, contextualiza a IH, aborda o controle da IH como alvo das políticas de saúde no Brasil, descreve sobre a estrutura e o âmbito de atuação do PCIH e relaciona os aspectos do PCIH com a qualidade hospitalar.

No item 4, são descritas as estratégias metodológicas usadas na construção desta dissertação, que constitui uma pesquisa avaliativa, descritiva, com abordagem quantitativa. São apresentados o referencial teórico utilizado, a população e amostra, o *locus* do estudo, o instrumento para coleta dos dados, como se deu a análise dos dados, as variáveis usadas e as considerações éticas preservadas no desenvolvimento da pesquisa.

O quinto item corresponde à apresentação e à análise dos resultados.

Finalmente, no sexto item, são apresentadas as conclusões e algumas recomendações para os controladores de IH, gestores das organizações hospitalares e formuladores de políticas de saúde, que poderão contribuir para a melhoria da qualidade do PCIH.

Por último, apresentam-se as referências, apêndice e anexos que embasaram a construção teórica.

2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

Este item apresenta os objetivos da avaliação da qualidade nos Serviços de Saúde, discute a sua importância e descreve como está a avaliação da qualidade nestes Serviços. Para tal, inicialmente é feita uma abordagem sobre a avaliação nos Serviços de Saúde, seus benefícios e suas etapas e, posteriormente, são apresentadas e discutidas as definições sobre qualidade em Serviços de Saúde.

2.1 Abordagem da Avaliação em Serviços de Saúde

Em todas as atividades humanas, o ato de avaliar é uma exigência constante, pois se supõe que deva preceder às decisões, sejam simples ou complexas, em busca de melhores alternativas e/ou resultados. (CIANCIARULLO, 2000).

Na área da saúde, a avaliação é um instrumento fundamental para o processo decisório. Para Tanaka e Melo (2000), a avaliação é uma função de gestão destinada a auxiliar o processo de decisão, com o objetivo de torná-lo o mais racional e efetivo possível.

Silva e Formigli (1994) também sustentam essa posição ao afirmarem que a avaliação, como prática sistemática nos diversos níveis de serviços de saúde, poderia produzir informações requeridas pelos gestores para a definição de estratégias de intervenção.

Segundo essas autoras, a relação entre as práticas de saúde desenvolvidas pelas organizações e as necessidades de saúde da população podem ser apreendidas através de duas concepções. A primeira diz respeito à busca de seus significados econômicos, ideológicos, políticos; a segunda consiste na capacidade de as práticas alterarem uma situação de saúde.

Nesta perspectiva, a avaliação ganha importância diante da verificação das dificuldades enfrentadas pelas práticas para modificarem os indicadores de saúde. (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Pela Portaria nº 1.083, “[...] a avaliação é o processo através do qual se visa aferir, de modo contínuo, a eficácia, a adequação, a eficiência e os efeitos secundários para o alcance dos objetivos e metas estabelecidas bem como permitir os registros necessários”. (BAHIA, 2004, p.7).

Assim, as organizações de saúde para conseguirem os resultados desejados, precisam saber em que estágio se encontram neste processo, usando a avaliação como suporte e orientação da gestão. A análise de dados e as informações do estado atual conduzirão a decisões eficazes e pontuais, e, conseqüentemente, contribuirão para o alcance dos resultados pretendidos.

A avaliação faz parte de um ciclo de melhoria da qualidade, conhecido com PDCA, que envolve várias etapas: o planejamento, a execução, a avaliação e a ação corretiva. Assim, a qualidade precisa ser construída ao longo do processo e não apenas verificada no final.

Como o cenário que envolve as organizações de saúde é de mudanças constantes, a avaliação precisa ser realizada de forma periódica. Também, como aborda Malik (1996b), por se tratar de um processo na perspectiva de melhoramento contínuo, a avaliação não deve ocorrer de forma pontual.

Mezomo (2001) corrobora essa abordagem quando afirma que, ao se avaliar a efetividade das ações, os resultados devem ser melhorados e, ao se realizar a avaliação de forma periódica, é possível garantir que a melhoria seja mantida.

Segundo Malik (1996a), a avaliação tem significado quando, através do seu resultado, ocorre uma decisão, seja a de abandonar as atividades correntes ou mantê-las como estão. E explica que tudo pode ser modificado se o avaliador tem claro o que procura saber.

Dessa forma, o uso da avaliação traz benefício a todos: usuários, pela possibilidade de serem atendidos em uma organização que está preocupada em oferecer um melhor serviço; colaboradores, pois o desejo de trabalhar de forma eficaz está presente nos profissionais que têm compromisso com o que fazem; e a própria organização, que, ao usá-la, irá conhecer e analisar melhor sua estrutura, seus processos e resultados, possibilitando a melhoria contínua dos seus programas, serviços e produtos, buscando sempre agregar maior qualidade.

Apesar de todos esses benefícios, na realidade brasileira, a avaliação de serviços, programas e projetos ainda é uma prática incipiente e assistemática, que enfrenta dificuldades metodológicas e operacionais não respondidas totalmente no campo da investigação. (SILVA; FORMIGLI, 1994; TANAKA; MELO, 2000).

Nessa ótica, Malik (1996a) afirma que há vários dados disponíveis, à espera de quem os queira colher, sistematizar, interpretar e usar. Além disso, para a autora, geralmente, a avaliação é usada após se detectar um problema, com o objetivo de buscar o responsável.

É preciso mudar essa situação e para tanto se faz necessário enfrentar desafios, que envolvem a decisão política de aceitar e incorporar os prováveis resultados negativos de um processo avaliativo como problema a ser resolvido.

Busca-se, com a avaliação, responder a uma questão inicial, o que se quer conhecer, e, após esta definição, uma seqüência de questões é formulada para compreensão do processo e análise dos dados. Assim, é fundamental, antes de iniciá-la, ter claro o que se quer, para que se possa traçar a forma de organizá-la, planejando de forma adequada, evitando custos desnecessários ou a utilização de instrumentos destinados a outros fins, cujo resultado é praticamente nulo.

Várias são as finalidades da avaliação que podem ser: de impacto, de desempenho, de qualidade, entre outras.

A avaliação de impacto consiste em avaliar o efeito de um programa algum tempo depois da sua implantação, para verificar se os resultados esperados foram atingidos.

A avaliação de desempenho refere-se à avaliação do trabalho de um funcionário e geralmente é feita pelo seu superior. Também é usada para avaliar o resultado da produção de um bem ou de um serviço prestado, comparando-os com metas, padrões e resultados.

Entre essas finalidades, a avaliação da qualidade destaca-se com aspecto central, sendo observada com frequência nos estudos de avaliação em saúde. (DONABEDIAN, 1980; FELDMAN, 2004; VUORI, 1991).

Segundo Novaes (2000), no Brasil, há um interesse maior do setor público pelas avaliações de impacto e discreto pela avaliação de qualidade. Já o setor privado, o interesse é maior pelas propostas de gestão e avaliação de qualidade. O maior interesse da rede privada pela avaliação da qualidade deve-se às exigências do mercado, que também exige metodologia eficaz de avaliação e a associação da qualidade com a produtividade.

Além de instrumentalizar a gestão e identificar se as metas almejadas foram alcançadas, a avaliação tem outros objetivos, tais como: aprimorar métodos e processos de trabalho; definir prioridades; possibilitar mudanças no comportamento dos atores participantes; retroalimentar o planejamento e reorientar as práticas.

A partir dessa ótica, Mezomo (2001) observa que a avaliação em uma organização envolve as seguintes etapas: estabelecer objetivos; determinar responsabilidades; identificar os aspectos importantes a serem mantidos ou modificados; identificar indicadores; estabelecer meios de coletar, organizar e avaliar os dados. Para que o processo de avaliação tenha sustentabilidade, faz-se necessário que os seus resultados sejam transmitidos às principais pessoas e grupos envolvidos, para que possam conhecer e participar dos processos.

Sobre a avaliação nos Serviços de Saúde, Donabedian (1981) afirma que a avaliação implica valorar, comparando resultados de procedimentos técnicos e/ou administrativos com

parâmetros previamente estabelecidos. Assim, toda avaliação corresponde a um julgamento, cujo resultado baseia-se em uma comparação entre o objeto de avaliação e uma situação ideal. Cada parâmetro pode representar uma meta almejada ou um resultado parcial esperado. Os parâmetros desejados devem ser predefinidos e divulgados, respondendo a critérios conhecidos sempre que possível, de modo a garantir a coerência do processo.

Na avaliação normativa, o julgamento da intervenção se dá através da aplicação de normas e critérios. Esse tipo de avaliação estuda os componentes e compara os recursos empregados e sua organização (estrutura), com os serviços ou bens produzidos (processo), considerando o que foi obtido (resultados). (MISOCZKY; VIEIRA, 2001).

Em geral, são múltiplos os objetos possíveis de avaliação nas práticas de saúde: um programa, um serviço, um sistema, uma política, etc. Para Silva e Formigli (1994), esta variedade é explicada pela complexidade do objeto, avaliação em saúde, que pode estender-se segundo as várias compreensões sobre saúde e práticas de saúde.

Segundo Malik e Schiesari (1998), a avaliação nas organizações de saúde serve basicamente para conhecer e aprimorar o objeto. Durante seu processo, há muitos detalhes para serem averiguados como normas, equipamentos, procedimentos, materiais, serviços e recursos humanos. Sendo necessário ter atenção, em todos os momentos, ao padrão de qualidade estabelecido previamente para qualquer aspecto do projeto global.

A avaliação compreende a análise dos processos de formulação, desenvolvimento, ações praticadas, resultados e impactos obtidos. Tratando-se de programas, é recomendável que se realize uma análise do contexto histórico e social em que o programa foi concebido. (HARTZ, 1997).

Nos atuais Serviços de Saúde, os resultados dos cuidados ao usuário são vistos como “produto” das ações e interações de todas as pessoas envolvidas com estes. E, como podem

ocorrer falhas humanas, as ações corretivas de melhor resultado são as que objetivam a melhoria dos sistemas. (MEZOMO, 2001).

Segundo Azevedo et al. (2004), as organizações de saúde estão inseridas num contexto onde a preocupação se centra em atingir eficazmente os resultados e gerir eficientemente os recursos disponíveis.

Assim, as medidas de avaliação constituem o início para a melhoria da qualidade. Estas são essenciais no desenvolvimento profissional das equipas, uma vez que aumentam o acesso às informações sobre a conformidade do sistema e comprometem a todos na tomada de decisões para melhoria contínua. (MELLO; CAMARGO, 1998).

Diante do exposto, pode-se afirmar que são muitas as vantagens da avaliação de um serviço, bem como seus beneficiados: profissionais; administradores e gestores, porém o principal beneficiário é o usuário desse serviço/programa ou projeto.

2.2 Definições da Qualidade em Serviços de Saúde

O termo qualidade é descrito na literatura da área de administração sob vários pontos de vista. Possui diferentes significados e há quem enfoque os usuários com seus desejos, expectativas e avaliações no centro da qualidade (DAVIS, 1994). Na área de saúde, há autores que focalizam os processos internos da organização, como a conformidade com as especificações, critérios e padrões, devidamente estabelecidos e sistematicamente medidos, como o aspecto central da qualidade (FERNANDES; FERNANDES; RIBEIRO FILHO, 2000; MEZOMO, 2001; NOVAES; PAGANINI, 1994). Também há quem defina qualidade considerando os aspectos da satisfação do usuário e sob a ótica das organizações. (BAHIA, 2004; DONABEDIAN, 1980; FELDMAN, 2004).

No que toca a qualidade entendida como a satisfação do usuário, os produtos são fabricados para atenderem às necessidades dos usuários, proporcionando sua satisfação. Segundo Davis (1994), trata-se de adequar produtos e serviços às exigências de uso.

Sob a ótica das organizações, a qualidade é entendida como adequação ao uso, quer seja do produto ou do serviço.

Para Fernandes e Noca (2000, p.1707), “[...] qualidade é a conformidade com os requisitos que devem ser previamente estabelecidos”.

Dessa forma, Novaes e Paganini (1994) entendem a qualidade como um processo dinâmico, ininterrupto, de permanente atividade para identificação de falhas nas rotinas e procedimentos. Estes necessitam de revisão, atualização e divulgação periódica, com a participação de todos os colaboradores, desde os da alta direção até os que desempenham funções mais elementares. A responsabilidade pela qualidade é dividida entre todos os participantes da organização.

A conformidade com as especificações, critérios e padrões como aspecto central da qualidade é mais adequada ao se avaliar os Serviços de Saúde, dado que a satisfação do usuário, embora utilizada, não pode ser confundida com a adequação ao uso, sendo a definição de conformidade com as especificações a mais aceita porque fortalece o uso de padrões e protocolos.

Segundo Mendes (1994), a transposição desses enfoques para os Serviços de Saúde têm dois significados: um mercadológico, que relaciona a qualidade com a satisfação do usuário, e outro técnico, que relaciona a qualidade à conformidade do produto ou serviço com especificações, padrões e critérios.

As formas de avaliação da qualidade buscam atender os objetivos da organização e a opinião do usuário. Os dois não são excludentes, embora a satisfação do usuário seja mais

pautada em critérios subjetivos, dado que estes, geralmente, desconhecem o processo de produção em Serviços de Saúde.

Para Mezomo (2001), a qualidade presume e exige um conjunto integrado de ações e uma nova cultura organizacional, sendo um compromisso de longo prazo, que só é possível de ser estabelecido com o tempo.

Esse autor afirma ainda que as propriedades que dão “qualidade” a um serviço ou produto são: a efetividade, relacionada à obtenção dos objetivos previstos; a eficiência, referindo-se à otimização da relação custo-benefício, e a eficácia, resultado do conjunto efetividade/eficiência. (MEZOMO, 2001).

Donabedian (1988), pesquisador sobre avaliação da qualidade em Serviços de Saúde, explica que qualidade significa obter maiores benefícios, com os menores riscos e custos para os usuários. Os benefícios são definidos em função do alcançável, de acordo com os recursos disponíveis, o estágio de desenvolvimento tecnológico existente no setor saúde e os valores sociais predominantes.

Isto posto, o presente estudo tem, principalmente em Donabedian (1980) o seu embasamento teórico. Este autor define qualidade com base em padrões preestabelecidos e implementação de ações corretivas adequadas.

Segundo Donabedian (1980), a qualidade dos estabelecimentos de saúde decorre de três fatores: estrutura; processo e resultado. A estrutura está relacionada aos atributos do local no qual o cuidado é prestado e envolve a estrutura física; a disponibilidade de recursos financeiros e materiais, como a facilidade em dispor de equipamentos; a disponibilidade de recursos humanos em quantidade, capacitação e variedade; e a organização administrativa dos serviços, que envolve os métodos, normas, tipos de supervisão e formas de pagamento dos profissionais.

Para esse autor, o processo está relacionado às atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os usuários durante a prestação do cuidado, relacionadas ao diagnóstico, tratamento, reabilitação, educação, prevenção e promoção da saúde.

A avaliação de processo envolve conhecer a existência de normas e sua adequação ao que se considera tecnicamente correto (MALIK, 1996a). As tendências são determinadas e os procedimentos são analisados quanto à sua adequação para atingir os resultados planejados (MARTINS, 1997). Assim, ao se avaliar as atividades executadas por uma categoria profissional durante o cuidado prestado ao usuário, está ocorrendo uma avaliação de processo.

A avaliação de processos é completa à medida que necessita de avaliações conjuntas da estrutura e dos resultados, levando-se em consideração as influências e as conseqüências das ações do e sobre o meio ambiente. (BITTAR, 2000).

Para Mezomo (2001, p. 117), o processo “[...] fornece as bases para a valoração da qualidade, uma vez que são através dessas relações que se obtêm os resultados da assistência”.

Já o resultado refere-se às mudanças observadas no estado de saúde do usuário, atribuídas ao cuidado realizado, e corresponde ao efeito do cuidado no estado de saúde do usuário e da população, incluindo sua satisfação com o resultado do cuidado recebido e a melhora da sua saúde. (DONABEDIAN, 1980).

Para Bittar (2000), os resultados, além de serem conseqüentes da combinação entre os fatores do meio ambiente, estrutura e processos ocorridos com o usuário, são demonstrações dos efeitos conseqüentes das operações técnicas e administrativas entre serviços de uma organização.

Na avaliação de resultado, determina-se se os resultados previstos foram obtidos e são identificados acontecimentos imprevistos (MARTINS, 1997). Assim, ao se avaliar o

impacto do cuidado no estado de saúde da população está acontecendo uma avaliação de resultado.

Na avaliação da qualidade dos Serviços de Saúde, a tríade descrita por Donabedian (1980) — estrutura, processo e resultado — tem sido considerada e amplamente usada em estudos de avaliação, pois, como descreve Malik (1996a), uma estrutura apropriada não garante um processo satisfatório, tampouco a estrutura correta associada ao processo adequado assegura o resultado desejado, embora sua ausência o dificulte.

Basicamente, os estudos de estrutura são desenvolvidos nas esferas organizacionais e dos sistemas de atenção à saúde e os aspectos relacionados ao processo e resultado referem-se aos profissionais, usuários ou a toda a população. Com o crescimento do setor privado de Serviços de Saúde, as organizações têm avaliado resultados, enfocando o aspecto econômico.

Segundo Mezomo (2001), há uma relação de causa e efeito entre estrutura, processos e resultados que não são elementos independentes e dissociados, mas estão fortemente relacionados.

Sob essa ótica, espera-se que a existência de uma boa estrutura e de processos adequados favoreça o alcance dos resultados pretendidos, contudo esta relação causal nem sempre ocorre. É possível obter resultados adequados sem que a estrutura ou os processos tenham alcançado o padrão estabelecido. Além disso, pode-se dispor de uma estrutura excelente ou dos melhores processos sem ter resultados com a qualidade desejada.

Em Serviços de Saúde, resultados indesejáveis indicam um dano já causado que, muitas vezes, não pode ser reparado. Sendo assim, é importante prevenir sua ocorrência através de uma avaliação sistemática dos processos e pela introdução de melhorias contínuas.

Assim, a avaliação da qualidade considera as relações existentes entre estrutura, processos e resultados e tenta identificar o grau de causalidade e efeito existente entre elas.

Para Donabedian (1980), a qualidade possui três dimensões: a técnica, a interpessoal e a ambiental. A técnica refere-se à aplicação dos conhecimentos técnico-científicos na solução dos problemas de saúde do usuário. A interpessoal, refere-se às relações que se estabelecem entre os prestadores dos serviços e o usuário e os prestadores entre si. Na relação entre os prestadores a capacidade de negociação precisa estar presente, pois permite a integração de uma organização, possibilitando manter uma visão macro da mesma. A negociação por sua vez, só trará benefícios reais e só será exequível se houver uma avaliação adequada dos indicadores de qualidade. A dimensão ambiental refere-se às amenidades oferecidas ao usuário no local onde ocorre a prestação do serviço, como as condições de conforto, bem-estar, estética das instalações e disponibilidade de equipamentos.

Pela Portaria nº 1.083/04, qualidade em saúde “[...] é a totalidade de atributos e características de um produto ou serviço, que demonstra sua capacidade de satisfazer as necessidades estabelecidas ou implícitas”. (BAHIA, 2004, p. 9).

De acordo com Feldman (2004), qualidade em serviços hospitalares é tudo que alguém faz ao longo de um processo, incluindo a estrutura utilizada, para garantir que um usuário, depois da saída do hospital ou durante a permanência neste, obtenha exatamente aquilo que deseja, em termos de características intrínsecas, ou seja, o que o “satisfaz no uso” e que se mede pela ausência de reclamações e presença de aspectos desejados, como o custo acessível.

Uma das maneiras de reduzir a imprecisão em relação às diferentes concepções do termo qualidade é observar o enfoque político, identificando os interesses e investigando o autêntico conjunto de procedimentos para melhorar a qualidade.

Nessa ótica, para os gestores, interessa o aspecto racional e sistemático, o qual confere mais poder aos que coordenam os procedimentos e inspecionam os resultados; os profissionais, interessados em manter um campo de autonomia e proteger suas responsabilidades, procuram garantias de que irão definir os padrões e a avaliação dos

procedimentos; já a população relaciona qualidade à obtenção de respostas as suas necessidades e para participar precisa de informação, de meios de acesso à tomada de decisão e de direitos para se amparar. (MISOCZKY; VIEIRA, 2001).

De acordo com essas autoras, os critérios que serão usados para medir a qualidade dependem do conceito de qualidade a ser usado. Do ponto de vista político, é preciso conhecer como está ocorrendo a participação dos usuários, profissionais e servidores públicos no desenvolvimento dos sistemas de medidas e na própria avaliação. Do ponto de vista da racionalidade, os critérios para uma boa medida incluem a validade, a confiabilidade e a funcionalidade. (MISOCZKY; VIEIRA, 2001).

Assim, os indicadores são usados para medir a qualidade, como uma forma de avaliação imparcial, verdadeira, prática e útil.

Em relação às vantagens da avaliação da qualidade, pode-se dizer que existem ganhos tanto internos quanto externos à organização. Entre os ganhos internos, podem ser apontados: a melhoria do moral dos profissionais; clima organizacional positivo; redução dos custos e do desperdício; aumento da produtividade; aumento da eficiência e da eficácia; maior adequação às normas e às expectativas dos usuários; aumento da responsabilidade individual, aumento dos lucros e a redução da necessidade de controle. Como ganhos externos, tem-se o aumento de demanda; da participação no mercado; da credibilidade e confiabilidade; da satisfação do usuário; da possibilidade de novos investimentos e de prestar melhor serviço à sociedade. (MEZOMO, 2001).

Embora existam diferentes definições de qualidade, os responsáveis pelo gerenciamento do sistema de saúde enfatizam a produtividade dos serviços, a obtenção de indicadores desejados, como a redução das taxas de morbidade e de IH, e a prestação de cuidados de saúde que atendam às expectativas dos usuários.

2.3 Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde

Na qualidade, está implícita a noção de avaliação, que consiste em responder o que está sob a avaliação, quais os critérios adotados, por solicitação de quem e qual foi o resultado (MALIK; SCIESARI, 1998). Para Malik (1996a), por meio da avaliação, pode-se aferir se algo possui ou não qualidade. Portanto, a elaboração de critérios, na intenção de qualificar o processo avaliativo, precede a avaliação. (FELDMAN, 2004).

A avaliação da qualidade deve fazer parte da administração dos Serviços de Saúde como uma das metodologias mais modernas. Segundo Mezomo (2001), para mantê-la fazem-se necessárias avaliações de políticas, procedimentos, práticas de pessoal e outras.

Hospitais são organizações cuja missão é recuperar a saúde, lidando com o respeito aos valores humanos. Assim, todos os participantes na recuperação da saúde estão cientes de que tratam de e com seres humanos.

Desta forma, ao mesmo tempo em que a organização hospitalar é uma empresa sujeita às regras do mercado, ela tem responsabilidades social e ética e o compromisso de garantir a qualidade dos programas e serviços, visto que, ao procurar o hospital, o usuário deseja ter sua saúde restabelecida sem sofrer prejuízo.

Nessa perspectiva, de acordo com o Accreditation Manual for Hospitals (AMH) (1992), a qualidade nos serviços prestados ao usuário ocorre quando os serviços aumentam a probabilidade de resultados favoráveis e, conseqüentemente, reduzem os desfavoráveis.

No Brasil, a prestação de Serviços de Saúde com qualidade é uma responsabilidade social do Estado, constitucionalmente assegurada (BRASIL, 1988). Parte deste controle é compartilhada pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) através dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

A dimensão do controle da qualidade do cuidado transcende a organização prestadora de Serviços de Saúde e adquire uma função socialmente partilhada. O usuário, após tratamento, deve obter seu restabelecimento e retornar ao seu ambiente da melhor maneira possível. (FELDMAN, 2004).

De acordo com Fernandes e Noca (2000), a qualidade dos Serviços de Saúde tem sido intensamente debatida e será cada vez mais relevante, devido à evolução tecnológica do atendimento e toda problemática em que está inserida: um ambiente de muita concorrência e alta complexidade, com um sistema de saúde caracterizado pela redução da demanda, carência de recursos e por usuários cada vez mais exigentes, imputando às organizações responsabilidades exclusivas sobre o insucesso.

Segundo Mendes (1993), o objetivo de muitas organizações em mercados competitivos é a busca da qualidade associada à produtividade. Isto significa que a qualidade é um fator diferenciador para as organizações privadas e também para as públicas.

Para Pollit e Bouckaert (1995), no serviço público, a qualidade tem várias peculiaridades, entre elas o fato de que a maioria da população de baixa renda, representada por mais da metade da população brasileira, é usuária deste serviço e aceita a qualidade baixa como inevitável, dada sua dependência, por ser a parcela da população mais atingida com as restrições na oferta de ações e serviços públicos.

Outro fato a ser considerado na avaliação destes serviços é que os consumidores dos serviços públicos de saúde são mais tidos como usuários de um serviço que lhes é disponibilizado gratuitamente do que como usuários que pagam previamente por eles.

Tais fatos levam as organizações públicas de saúde no Brasil, na maioria das vezes, a não se preocuparem em avaliar a qualidade dos serviços.

Assim, dadas as suas características e especificações, aliadas aos custos crescentes e aos recursos limitados, o serviço hospitalar é tido como um dos mais complexos na área de

serviços. Estas são as principais razões que conduziram a busca pela otimização dos recursos, crescimento e expansão de trabalhos sobre eficácia e eficiência e a elaboração de pesquisas de avaliação da qualidade.

Para Tahara (1993), a avaliação da qualidade nas organizações de saúde é fundamental para a utilização de procedimentos mais eficazes, para a redução do sofrimento dos usuários e para subsidiar a formação dos recursos humanos, ou seja, fornece fundamentos para reorientar as práticas tanto assistenciais, quanto gerenciais.

Bittar (2000) afirma, por sua vez, que toda prestação de Serviço de Saúde tem dois componentes de qualidade: o operacional, que se refere ao processo propriamente dito, e outro de percepção, que se refere à percepção dos usuários sobre o serviço oferecido, e dos prestadores quanto à oferta que fazem.

Embora o usuário seja a razão de ser de toda organização, entende-se que é difícil que a avaliação da qualidade dos programas e dos Serviços de Saúde seja feita exclusivamente por ele, pois, comumente, lhe falta o conhecimento técnico-científico, impossibilitando-o de realizar uma avaliação correta. Por isso é fundamental a ocorrência de avaliações internas e externas à organização por técnicos especializados, com a finalidade de identificar falhas, não conformidades, iatrogenias e/ou problemas e trabalhar na sua resolução e prevenção.

Na enfermagem, a avaliação da qualidade tem tido diversas abordagens, seja para buscar sua otimização, através da sistematização do trabalho, seja procurando uma melhor qualificação profissional e comportamental, através da avaliação do desempenho de suas categorias ou pela atenção dada a formação do profissional, como nas transformações para o seu aprimoramento, sob a forma de especialidades. Pereira (1985) se preocupa com a qualidade dos cuidados de enfermagem pela necessidade de mudar a prática assistencial, avaliando a situação dos recursos humanos e o desempenho das suas categorias.

Mas como avaliar objetivamente a qualidade? Quais medidas servem para referenciar o grau de qualidade? Como intervir para corrigir os problemas ou para conseguir novos patamares de qualidade?

É um tanto problemático medir a *performance* e determinar quando ela não é satisfatória, quando a melhoria é necessária ou possível, qual é a verdadeira causa de um problema, que ação pode melhorar a *performance*, o que constitui melhoria e como medi-la. (MEZOMO, 2001). Segundo este autor, quando se trata de saúde, as dificuldades são ainda maiores, pela própria natureza do “produto” final dos processos.

Os serviços na área hospitalar geralmente adotam algum tipo de controle informal, gerando falhas e retrabalho, desgaste físico e emocional na equipe, além de desperdício financeiro para a organização.

Muitas vezes, a qualidade é avaliada de forma subjetiva, as pessoas julgam e definem se um produto ou serviço tem ou não qualidade, segundo suas percepções. Isto gera expectativas distintas e algumas vezes conflitantes, já que o significado varia de acordo com o observador.

Assim, na avaliação em geral, é mais freqüente observar a falta da qualidade do que sua presença, mesmo porque a falta de qualidade traz reclamações e insatisfações. (PARANTHAMAN, 1990).

O resultado da avaliação da qualidade resulta da conjugação dos juízos políticos, técnicos, econômicos e morais, produzidos por todos que estão envolvidos nos processos, seja formuladores de políticas, gestores, prestadores de serviço, profissionais e usuários.

De acordo com Donabedian (1981), para avaliação da qualidade, os critérios e padrões decorrem do conceito de qualidade que representam. Assim, o critério significa um componente ou aspecto da estrutura, processo ou resultado de um sistema de saúde a respeito

da qualidade do cuidado, e o padrão é uma determinação quantitativa do estado de um critério, formando um grau mensurável de qualidade.

Nogueira (1994) reconhece como essencial, ao elaborar regras e mecanismos de avaliação da qualidade assistencial, entender a qualidade do ato em saúde como uma consequência das formas como ocorre o processo de produção dos serviços. Salienta que os envolvidos precisam conhecer e aperfeiçoar os processos para dar maior satisfação aos que necessitam dos serviços.

Isso significa que o envolvimento dos profissionais na definição de critérios e indicadores de avaliação é fundamental para o sucesso da iniciativa.

Inseridos no movimento da gestão da qualidade, vários instrumentos têm sido utilizados para avaliação. Estes diferentes instrumentos baseiam-se na história e evolução da qualidade, que teve início na indústria, sendo, posteriormente, transposto para os serviços de saúde. (FELDMAN, 2004).

Entretanto as empresas situadas no setor terciário da economia possuem características que não lhes possibilitam usar os métodos do controle de qualidade usados na indústria. Na indústria, um dos objetivos é a redução de custos de produção e o aumento do mercado consumidor. Nas organizações prestadoras de Serviços de Saúde, o avanço tecnológico não vem sendo acompanhado por uma correspondente ampliação do acesso a essas tecnologias e os custos são cada vez mais elevados (MENDES, 1993). Desse modo, indústria e Serviços de Saúde possuem objetivos e resultados diferentes, requerendo assim adequados instrumentos de avaliação.

Como afirma Donabedian (1988), para avaliar a qualidade do cuidado, é obrigatório traduzir conceitos e definições, em critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados baseados em estrutura, processo e resultados.

Para Malik e Schiesari (1998), a categorização em estrutura, processo e resultado tem por finalidade sistematizar a complexidade da saúde, favorecendo o estabelecimento de indicadores específicos para cada uma das etapas consideradas.

No Brasil, a avaliação da qualidade é usada nas organizações hospitalares para: cadastrar hospitais; melhorar o resultado do desempenho profissional; melhorar a qualidade do cuidado prestado ao usuário; descobrir erros no atendimento; baixar custos; adequar os recursos financeiros; conseguir selo de qualidade por organizações externas; aumentar a competitividade; obter licenciamento ou alvará de funcionamento, ingressar no processo de Acreditação; fazer seguro de responsabilidade civil organizacional e profissional; elaborar padrões, critérios explícitos e indicadores. (ANTUNES, 1997).

Observa-se, assim, que a avaliação tem sido utilizada com diferentes propósitos, necessitando de diferentes metodologias.

No cenário nacional, são utilizadas para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, as normas International Standard Organization (ISO), a Acreditação, o Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ), Auditoria médica, mais recentemente, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). (FPNQ, 1997; BRASIL, 2004; 2005; PRADE, 2004).

As normas ISO surgiram na Inglaterra, em 1947, com a indústria militar. Com sede em Genebra, esta organização não-governamental posteriormente preparou padrões para certificação de produtos, de bens ou serviços ou de partes destas organizações. Assim, refere-se à padronização internacional de boas práticas, com o intuito de contemplar a globalização dos mercados. São normas referentes a produção, serviços e preservação ambiental das indústrias, que têm como finalidade ajudar as organizações a documentar, com eficácia, os elementos dos sistemas que devem ser postos em prática para mantê-las com qualidade. A avaliação é voluntária, reservada e periódica.

Algumas críticas são feitas a esse modelo, tais como: a) não exigir que a avaliação seja global, concedendo a certificação a partes isoladas da organização, garantindo melhorias nessas áreas, em detrimento de outras partes que não foram certificadas e, conseqüentemente, beneficiadas. Como, nas organizações hospitalares, os serviços são interligados, e, para ter a qualidade como resultado, é necessária uma ação em conjunto, global, ou seja, que todos os seus serviços sejam de qualidade e não apenas alguns; b) ser um processo custoso; c) não serem normas específicas para a área da saúde, sendo necessário uma interpretação e uma adaptação para uso nas organizações de saúde. Como foram elaboradas para a indústria, utilizam uma linguagem mais comum a esta área; d) por não definir níveis ou classificação; e) por não avaliar resultados; f) pela conformidade aos padrões, está ligada excessivamente à presença de normas escritas, gerando uma “camisa-de-força” burocrática nas empresas que já trabalham com algum grau de organização definido. (PRADE, 2004).

A avaliação para a acreditação é um programa que teve início nos EUA, em 1952, pela Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JHACO, 2002) e que, no Brasil, entrou para a agenda do Setor Saúde no final dos anos 90. É um procedimento de avaliação dos recursos organizacionais, periódico e confidencial, que tende a garantir a qualidade do cuidado através da observação de padrões¹ previamente aceitos. Os hospitais são avaliados de forma sistêmica e global, independentes de seu porte, complexidade e vinculação institucional. (BRASIL, 2004).

A adesão é voluntária, reservada e periódica, o que gera melhoria, pela adesão progressiva aos critérios e padrões que são definidos em níveis de complexidade crescente.

Algumas das vantagens da acreditação são: as regras de avaliação foram destinadas especificamente para o setor saúde, assim possui uma linguagem apropriada, utilizando dados epidemiológicos, clínicos, administrativos e sociológicos; exige que a avaliação seja global,

¹ Padrões correspondem ao enunciado de expectativas estabelecido por peritos e/ou através de literatura, que define as estruturas, processos e resultados que devem ser adotados pela organização para que esta preste um cuidado de qualidade.

impossibilitando a sua implementação por subáreas, sendo também necessário que haja uma homogeneidade entre as áreas para conseguir o nível desejado, proporcionando a melhoria e o benefício a todas. (BITTAR, 2000).

Uma organização é acreditada quando seus recursos e atividades conformam um processo cujo resultado final converge na obtenção de um cuidado de qualidade.

O PNQ foi instituído no Brasil em 1991. Para sua obtenção, são avaliados anualmente os sistemas de gestão das organizações em relação à adesão aos critérios de qualidade definidos pela Gestão da Qualidade Total (GQT) e divulgados os destaques no segmento de mercado das organizações avaliadas (FPNQ, 1997).

O PNQ é um reconhecimento público e notório, concedendo um troféu à excelência na gestão. As empresas premiadas são consideradas modelos de organizações competentes. Um dos objetivos é a promoção da melhoria, da competitividade, e outro é a troca de informações sobre métodos e sistemas de gestão.

A auditoria médica é um método para avaliar a qualidade do cuidado com base no estudo dos prontuários médicos individuais após a alta do usuário ou durante a internação. É realizada por profissionais de saúde que emitem pareceres sobre a qualidade do cuidado prestado.

O PNASS foi desenvolvido sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS e instituído em 2005 (BRASIL, 2005). É um instrumento de apoio à gestão do SUS, pois objetiva avaliar qualitativamente as ações e os Serviços de Saúde do SUS, conhecendo as diferentes dimensões da realidade desses serviços, as condições e relações de trabalho dos profissionais e a satisfação dos usuários.

As avaliações do PNASS devem ser realizadas a cada dois anos nos hospitais, serviços ambulatoriais especializados e de alta complexidade, como mecanismos de controle, avaliação dos padrões de qualidade e resolubilidade de atenção à saúde.

Esses modelos de avaliação da qualidade têm algumas características em comum, tais como: quadro de referência de valores; padrões validados; foco no usuário; incentivo à auto-avaliação; treinamento de avaliadores e mensuração sistemática. (FELDMAN, 2004).

O modelo que mais se aproxima da avaliação do PCIH é o da acreditação. O instrumento usado para a coleta de dados, neste estudo, foi baseado na acreditação.

Para Feldman (2004), as organizações que possuem algum tipo de certificação, atestando que cumprem determinados padrões de qualidade e garantindo segurança aos usuários, terão mais probabilidade de se manter e crescer no cenário de competição acirrada.

Diante do exposto, é destacado o papel da avaliação como instrumento no processo de formulação e ao aperfeiçoamento das intervenções no campo da saúde, sendo um desafio tanto para as organizações, quanto para os responsáveis pela formulação das políticas de saúde.

3 O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL

Este item objetiva apresentar definição da IH e dimensionar a importância do seu controle no contexto brasileiro. Para tanto, inicialmente se discutem os fatores de risco da IH, apresentam-se resultados de estudos sobre a temática nos EUA, sua história no Brasil e no contexto baiano. Posteriormente, discute-se a estruturação do PCIH, descrevendo o seu âmbito de atuação e enfocando a importância do seu funcionamento para o controle da IH.

3.1 Contextualizando a Infecção Hospitalar no Brasil

Segundo o MS, IH é toda manifestação clínica de infecção que o paciente adquire 72 horas após a internação, podendo ocorrer durante a internação ou após a alta, caso seja relacionada à internação ou aos procedimentos hospitalares. (BRASIL, 1998).

O quadro clínico do usuário com uma IH corresponde ao desenvolvimento microbiano nos tecidos do indivíduo, causando lesões funcionais ou anatômicas.

Os fatores envolvidos com a ocorrência da IH constituem os riscos intrínseco e extrínseco. Constituem riscos intrínsecos: extremos de idade (prematturos e maiores de 65 anos); estado clínico do usuário; doenças agudas ou crônicas descompensadas; deficiência nas imunidades celular e humoral; uso de drogas capazes de interferir nos mecanismos de defesa; obesidade e desnutrição.

Como fatores de riscos extrínsecos apontam-se: procedimentos invasivos, como cateterização venosa central, sondagem vesical de permanência, ventiladores mecânicos e cirurgias; ausência de recursos materiais, humanos e de instalações físicas adequadas para a

prestação do cuidado ao usuário; e a falta de qualidade durante o cuidado que o usuário recebe.

Assim, a predisposição para uma infecção é causada pelo tipo e gravidade da doença de base do usuário, constituindo o risco intrínseco. Já os riscos extrínsecos envolvem a estrutura, agressões ao hospedeiro e a qualidade do processo de trabalho. (COUTO; PEDROSA, 2003).

O diagnóstico das infecções hospitalares é baseado em evidências clínicas, laboratoriais e bacteriológicas. Mapeamentos bacteriológicos realizados nos usuários, nas equipes de trabalho e no ambiente detectam a natureza da IH.

A média mundial de IH variou de 8 a 10%, segundo um estudo de prevalência realizado entre 1983 e 1985, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). (FERNANDES, FERNANDES; RIBEIRO FILHO, 2000).

Publicações nacionais sobre a frequência de IH nas organizações hospitalares são escassas (ZANON, 2003). A última pesquisa realizada em 1994, pelo MS, encontrou uma prevalência de IH de 13% e maiores índices nos hospitais públicos (18%). (PRADE, 1995).

De acordo com Zanon (2003), a frequência das infecções hospitalares varia de acordo com a causa da internação, o estado geral do usuário e o tipo de cuidado que ele recebe.

Sob esse ponto de vista, os usuários com maior risco para desenvolverem uma IH são os que têm doenças graves, estado de saúde comprometido, necessitam de um tempo de internação maior, geralmente estão internados em UTI, e são submetidos a um grande número de procedimentos invasivos e a intensa manipulação pela equipe de cuidado, o que favorece a colonização por bactérias hospitalares.

O estudo de prevalência das IH, realizado em 1994, pelo MS, encontrou uma maior concentração das IH nas UTI, representando 25% das IH (PRADE, 2004). Segundo Trilla (1994), as taxas chegam a ser de cinco a dez vezes maiores nessa população. Também, para

Couto e Pedrosa (2003), o tempo médio de permanência na UCI tem associação estatística significativa com as taxas de IH.

Assim, o esperado é que os hospitais de médio e, principalmente, os hospitais de grande porte² tenham uma maior taxa de IH.

Diante disso, esses hospitais devem ser alvo de atenção por parte do Estado, que precisa formular políticas e avaliar suas práticas, e pelas equipes de cuidado, que devem detectar e tratar precocemente as IH, conhecer e praticar as normas de prevenção e controle.

As IH impõem um aumento no custo do atendimento decorrente do uso de terapêutica complementar, aumento do tempo de permanência hospitalar e das taxas de morbidade e mortalidade. De acordo com Rodrigues (1997), o impacto econômico tem sido estimado em 382 a 1.833 dólares americanos, o que equivale a 1.910 e 18.330 dólares para uma taxa de IH de 5 ou 10%. Foi estimado um custo anual de US\$ 1 bilhão atribuído a dias extras de internação decorrente de IH. (HALEY, 1980).

O Brasil carece de publicações, avaliando o custo das infecções nas organizações hospitalares. Esta informação é importante para tomada de decisão e definição de prioridades num país com escassez de recursos financeiros aplicados à área da saúde.

Nos Estados Unidos da América (EUA), o CDC realizou estudo sobre o controle da IH, concluído em 1984, e encontrou como resultado que 10% dos pacientes que contraíram IH evoluíram para óbito, causando cerca de 20.000 óbitos/ano. (HUGHES, 1988).

Há, também, os custos sociais, como os representados pela interrupção da produção do usuário e os custos difíceis de avaliar economicamente, como o sofrimento, a dor e o isolamento por ele vivenciado. (SGARBI; CONTERNO, 1997).

Por definição, a ocorrência da IH exige a aquisição do patógeno causador durante a hospitalização. Assim, as medidas que visam a evitar a exposição do usuário ao

² Os hospitais de médio porte possuem capacidade instalada de 51 a 150 leitos e os hospitais de grande porte possuem uma capacidade instalada de 151 a 500 leitos. (BAHIA, 2003a).

microorganismo através do bloqueio da transmissão do agente infeccioso de um usuário com infecção ou de equipamentos e materiais hospitalares contaminados a um usuário sem infecção são indispensáveis à prevenção das IH. Outras medidas também importantes para a prevenção são: a análise prévia do risco/benefício dos procedimentos invasivos³ e o uso de técnicas assépticas na execução e manutenção desses procedimentos.

A deficiência na relação profissionais/usuários, a quantidade de usuários internados acima da capacidade instalada do setor e a aglomeração de usuários podem ocasionar falhas técnicas, levando ao aumento das taxas de IH.

Assim, aspectos estruturais das organizações e os processos de trabalho estão, muitas vezes, envolvidos com o aparecimento da IH. Como afirmam Fernandes e Noca (2000), o foco do controle da IH deve ser nos seus processos/estrutura e não apenas nos episódios de IH.

3.2 A Infecção Hospitalar como alvo das Políticas de Saúde no Brasil

A IH é um problema antigo, que nasceu com o surgimento dos hospitais. Entretanto, os estudos e pesquisas na área de controle da IH são recentes, quando comparados às demais áreas na saúde. Seu desenvolvimento se deu nos últimos 20 anos, período em que foram criadas algumas CCIH e publicadas, pelo MS, as Portarias nº 196/83, 930/92 e 2.616/98.

A primeira CCIH de que se tem conhecimento no Brasil data de 1963, no Hospital Ernesto Dornelles, no Rio Grande do Sul.

³ Procedimentos invasivos são aqueles que provocam o rompimento das barreiras naturais da pele ou penetram em cavidades do organismo. (FERNANDES; FERNANDES; RIBEIRO FILHO, 2000).

A década de 70 foi marcada pela criação de várias CCIH em hospitais públicos e privados, principalmente nos hospitais universitários, como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. (RODRIGUES, 1997).

Na década de 80 foi publicada a primeira Portaria sobre o assunto, a de nº 196 do MS, em 24 de junho de 1983, que normatizou aspectos importantes no controle das infecções, estabelecendo critérios para a classificação das IH e determinando a todos os hospitais do País, independente da natureza mantenedora, ter uma CCIH, responsável pela determinação de normas, rotinas e pela vigilância das infecções hospitalares. (BRASIL, 1983).

Porém, foi a partir da morte de Tancredo Neves em 1985, decorrente de IH, um mês antes de assumir o cargo de presidente da República, que a temática ganhou maior divulgação pela mídia, gerando interesse nos profissionais de saúde e notoriedade na sociedade em geral, que começou a denunciar casos de IH, passando o controle da IH a fazer parte da política de saúde. Nessa época, o MS iniciou cursos de introdução ao controle da IH, com a finalidade de capacitar os profissionais da saúde.

Até 1985, não haviam sido publicados manuais oficiais contendo orientações e normas para prevenção e controle das IH, sendo usada literatura procedente de outros países, que nem sempre abordava e contemplava os problemas das organizações locais. Então, neste ano, foi publicado o primeiro manual com orientações sobre prevenção e controle das IH adaptadas e voltadas para a realidade nacional.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e o processo da Reforma Sanitária Brasileira resultaram em uma reformulação geral na política nacional de saúde, ampliando o acesso aos serviços e universalizando o conceito de saúde, como resultado das condições de vida da pessoa e direito de todos, e responsabilizando o Estado como seu provedor. (BRASIL, 1986).

Em 1987, foi criada a Comissão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, sendo composta por representantes de todos os Estados.

Em 1988, foi publicada a Portaria nº 232 do MS que criou o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (PNCIH), o qual foi transformado em 1990 em Divisão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar. (BRASIL, 1988).

No final da década de 80, surgiram várias associações dos profissionais para estudo e controle das IH. Em 1987, foram criadas a Associação Brasileira de Profissionais em Controle de Infecção Hospitalar (ABIH) e a Associação Paulista de Controle de Infecção Hospitalar (APECIH) e a Associação Mineira de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar (AMECIH), que tiveram um importante papel na formação de equipes e divulgação de conhecimentos na área.

Em 1989, a APECIH realizou o I Congresso Brasileiro sobre Infecção Hospitalar, com cerca de 1000 participantes e convidados internacionais, havendo maior desenvolvimento no conhecimento a respeito das IH.

Nesse mesmo ano, na Bahia foi criada a Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar, composta por dois técnicos da SESAB e com representantes de várias organizações da área da saúde. (BAHIA, 2005).

O Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar foi implantado em 1991 e através dele foi identificada a necessidade de se estabelecer padrões e critérios de qualidade para atingir como objetivo o controle das infecções nas unidades assistenciais de saúde.

Com a Lei 8.080/90, foi criado o SUS, que mudou a lógica de organização dos Serviços de Saúde do Brasil, fazendo com que os serviços públicos e privados pertencessem a uma mesma rede, com o objetivo único de atender às necessidades de promoção, proteção e recuperação da saúde da população. (BRASIL, 1990).

Em 1992, o MS revogou a Portaria nº 196 e publicou a Portaria nº 930 que reestruturou o PCIH, ajustando-o ao novo modelo brasileiro de descentralização e unificação da assistência à saúde. (BRASIL, 1992).

Para Fernandes, Fernandes e Ribeiro Filho (2000), essa Portaria considerou o PCIH como uma pluralidade de atividades, que usa uma metodologia voltada para a ação e o conhecimento científico para eliminar as infecções hospitalares possíveis.

Segundo Couto, Pedroso e Pedrosa (2003), essa Portaria trouxe avanços significativos para o controle da IH, caracterizados pela profissionalização dos seus membros e melhora evidente dos métodos de atuação da vigilância epidemiológica.

Em 1994, o MS realizou um estudo nacional com o objetivo de conhecer a magnitude das IH e avaliar a qualidade das ações em controle de IH em hospitais terciários. Participou desse estudo uma equipe multidisciplinar de profissionais atuantes em controle de IH de todo o país. (PRADE, 2004).

Em 6 de janeiro de 1997, foi publicada a Lei nº 9.431, obrigando os hospitais a manterem um PCIH e criarem a CCIH, não delineando, entretanto, as atividades para execução desse programa. (BRASIL, 1997).

A Portaria nº 930 foi revogada em 12 de maio de 1998, quando o MS publicou a Portaria nº 2.616 e regulamentou a Lei nº 9.431, instituindo e definindo o PCIH como “[...] um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vista à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”. (BRASIL, 1998, p. 133).

A Portaria 2.616, que rege o controle de IH no âmbito nacional, recomenda aos hospitais constituírem uma CCIH para a execução do PCIH, composta por membros consultores e executores.

Entre suas principais mudanças, está a recomendação do SCIH, por ser a melhor forma de se executar integralmente as determinações do PCIH; a ampliação das atribuições do controle de infecção e uma melhor definição do papel do Estado, fazendo cumprir e coordenando essas ações. (FERNANDES; FERNANDES, 2000).

Em 26 de janeiro de 1999, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Lei nº 9.782. Neste mesmo ano, através da Portaria nº 1.241 de 13 de outubro, o PNCIH passou a ser de responsabilidade da ANVISA.

Atualmente, o PNCIH está ligado à Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos (GIPEA), que é subordinada à Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde — ANVISA.

Assim, no Brasil, o PCIH, nos moldes do SUS, tem uma estrutura hierarquizada em rede, cabendo a Coordenação Nacional: promover e propor normas de procedimentos para o controle de infecções e eventos adversos nos Serviços de Saúde; divulgar e disseminar informações e publicações relativas ao controle das infecções e iatrogenias; elaborar, padronizar indicadores e monitorar as infecções e eventos adversos; desenvolver atividades com os órgãos afins de administração federal, estadual, distrital e municipal, com o objetivo de exercer o efetivo cumprimento da legislação. À Coordenação Estadual cabe atuar com base nas diretrizes nacionais, desenvolvendo ações semelhantes às das federais, dando enfoque aos Municípios. Estão em fase de desenvolvimento os Núcleos Municipais de Controle de Infecções, em geral vinculados às Coordenações de Vigilância à Saúde, representando a estância mais operacional dessa rede hierárquica. Nos Municípios em gestão plena do sistema, esses Núcleos estão mais bem fundamentados.

Embora a Lei nº 9.431 tenha determinado, a todo hospital brasileiro, público ou privado, a obrigatoriedade em implantar e cumprir um PCIH, seu cumprimento ainda não é uma realidade nacional.

Outro problema é que determinadas organizações hospitalares possuem CCIH, mas estas não são atuantes. Nestes casos, o PCIH existe apenas para atender à lei, suas recomendações não são acatadas, seja pela atuação dos profissionais ou pela falta de apoio dos gestores.

Para Couto, Pedrosa e Nogueira (2003, p. 38), “[...] isso evidencia que a emissão de legislação não garante, por si só, o cumprimento dos seus dispositivos”.

Apesar da ampla legislação e do poder fiscalizador do Estado, muitos hospitais mantêm o PCIH apenas como formalidade legal, suas CCIH não possuem profissionais especializados, funcionam sem dedicação exclusiva destes, não atuando assim como gerenciador da qualidade. (PEDROSA; CARVALHO; COUTO, 2003).

Desse modo, apesar de ser obrigatório por lei que todas as organizações hospitalares tenham uma CCIH e ser também uma condição para obtenção do alvará de funcionamento, não é possível saber quantas estão efetivamente em funcionamento.

Para Fernandes e Fernandes (2000), se o PCIH for criado somente com o objetivo de atender à legislação vigente, em um determinado momento, se tornará mais um ônus para o já enfraquecido orçamento em muitas organizações.

Nessa situação, o PCIH será ineficiente, ao não demonstrar resultados na qualidade da assistência e, conseqüentemente, na redução das taxas de IH. Em síntese, o desempenho do PCIH é influenciado pelo apoio político, administrativo e logístico dos hospitais, embora se trate de um Programa verticalizado, determinado pelo MS.

O controle da infecção deve estar fundamentado nos seus resultados, obtendo a partir disto seu apoio dentro da organização, já que suas conseqüências sobre a qualidade do cuidar são suficientes para justificar a sua manutenção. A problemática reside em despertar nos gestores a necessidade de operacionalização do PCIH em todos os hospitais brasileiros.

Por todas as questões relatadas, torna-se necessário que a implantação e a efetividade do PCIH sejam alvo de atenção por parte dos formuladores de Políticas de Saúde, dos hospitais, dos controladores de IH e dos usuários dos Serviços de Saúde.

3.3 Estrutura do Programa de Controle de Infecção Hospitalar

Para que se possa implementar um PCIH, é imperativo a existência de uma comissão estruturada com objetivos e estratégias bem determinados (SGARBI; CONTERNO, 1997).

A Portaria nº 2.616 (BRASIL, 1998) reestruturou o PCIH que passou a ser constituído pela CCIH e pelo SCIH, sendo a CCIH de natureza consultiva e o SCIH, de natureza executiva.

A CCIH é um órgão de assessoria à autoridade máxima da organização, para o fornecimento de informação e auxílio à tomada de decisão, e de execução das ações de controle da IH, possuindo caráter deliberativo. É imprescindível o apoio político da administração para que a CCIH obtenha êxito no seu trabalho, através do fornecimento de condições mínimas essenciais para o seu funcionamento e desenvolvimento, como estrutura física, privacidade e recursos materiais e humanos.

Sob essa ótica, Martins (1997) relata que as CCIH e os SCIH podem ser componentes vitais e estratégicos para melhorar a qualidade do cuidado, desde que lhes sejam fornecidas as condições necessárias à atuação efetiva.

No Brasil, muitas organizações hospitalares não cumprem a Portaria nº 2616/98, no que se refere à posição da CCIH no organograma, que varia em função do modelo gerencial adotado e das características e finalidades da organização. Entretanto é importante que haja

uma flexibilidade, pois são essenciais ao trabalho do SCIH a participação e o envolvimento dos seus membros com os colaboradores dos vários serviços e setores.

De acordo com a Portaria referida, a CCIH deve ser constituída formalmente pelo órgão máximo do hospital e composta por uma equipe multidisciplinar, tendo como número mínimo de representantes os seguintes membros: da administração, área médica, farmácia, laboratório de microbiologia, serviço de enfermagem e do SCIH. A depender do número de leitos e tipos de serviços oferecidos pela organização, a CCIH pode ser composta por um número maior de representantes. Assim, representantes de outros serviços também podem participar da CCIH ou serem convocados em situações específicas.

A CCIH conta com um núcleo executivo que é o SCIH, cujo número de membros varia segundo o número de leitos do hospital. Para cada 200 leitos ou fração deste número, é recomendado que o núcleo executivo seja composto por dois técnicos de nível superior da área da saúde, sendo um deles, preferencialmente, um enfermeiro. Os membros devem ter carga horária diária mínima de seis horas para o enfermeiro e quatro para os demais profissionais, sendo carga horária específica para a função (BRASIL, 1998). Isto permite dedicação integral às funções e não compromete o trabalho.

A CCIH precisa reunir-se periodicamente, pois reuniões eficazes são fundamentais para o acompanhamento do trabalho desenvolvido pelos membros do SCIH, bem como para assegurar o progresso no controle das IH. O ideal é que essas reuniões ocorram mensalmente, quando os membros do SCIH apresentam os problemas e as taxas de IH, todos os presentes discutem e as possíveis soluções e sugestões são analisadas quanto à viabilidade econômica e política, assim como são avaliadas do ponto de vista ético. Os registros dos assuntos abordados, as principais conclusões, as ações propostas e o balanço dos temas abordados na reunião precisam constar em ata.

Os membros do SCIH precisam ter autonomia para iniciar ações que julgarem necessárias à prevenção das IH. São responsáveis pela vigilância epidemiológica, elaboração e execução das ações de controle, e, portanto, encarregados da execução programada do controle da IH.

Os profissionais que trabalham no PCIH precisam manter-se atualizados tecnicamente, já que são constantemente consultados por toda a equipe multidisciplinar; precisam liderar e desenvolver um trabalho de integração e de equipe, respeitando as divergências e compreendendo as diferenças.

O controlador de infecção como líder, de acordo com Fernandes, Fernandes e Ribeiro Filho (2000), é um elemento importante na melhoria da qualidade, precisa saber delegar, definir e estimular responsabilidades, elogiar um trabalho bem realizado, ter constância de propósitos, habilidade diplomática e saber recuar e avançar no momento certo.

O enfermeiro do SCIH tem um papel importante no PCIH. Para alguns autores, é o elemento central do Serviço, por conhecer e participar dos aspectos relacionados ao cuidado ao usuário, incluindo vários procedimentos de alto risco para o desenvolvimento das IH. (GOLDMANN, 1988).

Também para Sgarbi e Conterno (1997, p. 39), “[...] muito do sucesso do PCIH dependerá da atuação do enfermeiro”. Alguns critérios são recomendados e estabelecidos para escolha do enfermeiro, como: competência técnica, conhecimento nas áreas de estatística, epidemiologia e microbiologia, experiência na área, capacidade de estabelecer bom relacionamento interpessoal, comunicação adequada e habilidades educacionais, dentre outros (HALEY; GARNER, 1986; HIERHOLZER, 1991; SETO *et al.*, 1990).

Para Wenzel (1989), é necessário que o médico do SCIH tenha formação clínica e conhecimentos em epidemiologia, sendo um infectologista o mais indicado.

Um SCIH bem estruturado, com profissionais capacitados e qualificados e com apoio político da administração, tem maior possibilidade de obter êxito nas suas ações.

3.4 Âmbito de atuação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar

As infecções hospitalares são concebidas como iatrogenias, ou como um tipo de evento adverso ou efeito indesejado causado durante a assistência hospitalar (PRADE, 2004). Sob essa ótica, são inquestionáveis as razões para manter um PCIH: atender às exigências legais; aos princípios éticos, bioéticos, de qualidade, segurança profissional, conformidade, racionalização e pelas necessidades econômicas.

Segundo Fernandes e Fernandes (2000), pela magnitude e complexidade das IH, seu controle precisa ser instituído de forma contínua e ativa.

O controle das IH baseia-se no uso do método científico para observação e análise das várias causas que formam o processo gerador dessas infecções e explicam sua distribuição entre os usuários acometidos. (ZANON, 2003).

Para Nettleman (1993), as vantagens do PCIH são inquestionáveis e, entre elas está a redução da morbidade, da mortalidade e dos custos.

O esperado é que as CCIH alcancem os objetivos de impacto, com redução das taxas de IH, ao menor custo/benefício possível. O CDC, através do projeto SENIC⁴, constatou que os PCIH diminuem suas IH em 32%. Já os hospitais sem CCIH têm suas taxas elevadas em 18%. (HUGUES, 1988).

Para Fernandes e Noca (2000), a grande meta do controle de IH é manter os episódios de IH dentro dos limites endêmicos, estabelecidos estatisticamente a partir de uma seqüência histórica e, se possível, com uma tendência à queda.

⁴ SENIC (*Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control*). Estudo realizado nos EUA sobre a eficácia do controle da IH (HUGUES, 1988).

O objetivo de um PCIH é suprimir problemas, pela identificação de resultados desfavoráveis, principalmente a IH, identificando suas causas e recomendando medidas corretivas e preventivas com a finalidade de retomar os níveis endêmicos previamente estabelecidos. (FERNANDES; NOCA, 2000).

A primeira etapa para implantar um PCIH é organizar um sistema de vigilância. A escolha do modelo depende das características da organização, bem como dos recursos disponíveis. Através dos resultados iniciais dessa vigilância, poderá ser feito um diagnóstico mais acertado dos problemas da organização, o qual será um subsídio na escolha das prioridades.

Um PCIH em pleno funcionamento garante a orientação de ações básicas de assistência à saúde e previne o uso indiscriminado de antimicrobianos e germicidas hospitalares, evitando a resistência microbiana e contribuindo para uma sensível diminuição dos custos hospitalares.

Para Fernandes e Fernandes (2000), o controle da IH é um complexo problema de saúde pública. A CCIH tem papel importante dentro do modelo atual de vigilância à saúde.

A experiência com o PCIH tem-se beneficiado do método de vigilância epidemiológica, de cálculo de mortalidade atribuível e de associação de variáveis, que pode ser utilizado para alcançar outras dimensões da qualidade da assistência. (WENZEL, 1991).

O monitoramento e a avaliação das IH são realizados pelo SCIH, o qual é monitorado e avaliado pela CCIH. Segundo Fernandes e Fernandes (2000), o SCIH é fundamental para se alcançar as metas definidas em lei.

As estratégias para resolução dos problemas variam de acordo com o problema. Recomenda-se dar preferência a abordagens participativas, como troca de idéias e análise dos pontos de vista, sempre usando o bom senso. O foco das discussões durante a análise dos problemas objetiva a identificação das causas e não a identificação dos “culpados”.

Como muitas das recomendações do SCIH envolvem mudanças de hábito e de comportamento, é fundamental que, antes de implantar suas ações, o SCIH promova reuniões envolvendo as equipes do cuidado e estimulando sua participação nas discussões. A finalidade é apresentar os problemas, suas causas, analisar as estratégias de superação, fazer com que os membros das equipes compreendam os propósitos das recomendações e sua importância para melhor aceitá-las, garantindo seu compromisso no cumprimento destas.

Segundo Fernandes e Fernandes (2000), a riqueza do controle de IH vem da sua abordagem multiprofissional.

A interação dos membros do SCIH se dá em quase todos os serviços e setores da organização hospitalar, seja para orientar as ações destes serviços, seja para supervisionar o cumprimento das recomendações, por isso é necessário procurar manter um clima de harmonia e bom relacionamento, sem ter caráter fiscalizador.

Assim, a CCIH tem clientes internos, que são os profissionais das áreas de cuidado e de apoio, sendo os principais envolvidos no controle das infecções, e os usuários, familiares e visitantes, que também precisam se envolver e participar das medidas de prevenção das IH.

É necessário que as orientações e recomendações do SCIH tenham eficácia e eficiência comprovadas no controle das IH e sejam conhecidas, divulgadas, acompanhadas e avaliadas continuamente.

As ações de educação em serviço desenvolvidas pelos membros do SCIH precisam também ser baseadas em um diagnóstico de necessidades e planejadas com a participação das chefias dos serviços.

Recomenda-se a divulgação das taxas de IH às equipes do cuidado, servindo de reforço as práticas adequadas, caso estejam dentro dos limites esperados, ou de reflexões e mudanças nas unidades nas quais as taxas estejam elevadas.

O PCIH, embora seja um programa verticalizado, em alguns Estados tende à descentralização. A Bahia foi o primeiro Estado a descentraliza-lo e vem alcançando 100% dos critérios estabelecidos pela esfera central. Atribui-se este resultado à visão administrativa dos gestores da SESAB que entendem o PCIH como um simples, prático e factível programa de qualidade do cuidado, cujo negócio é prevenir e controlar as IH no Estado da Bahia através do sistema de vigilância epidemiológica, de ações normativas e do assessoramento, com enfoque na qualidade do cuidado. (BAHIA, 2005).

3.5 O Programa de Controle de Infecção e a Qualidade Hospitalar

Para Sgarbi e Conterno (1997), os profissionais que trabalham com controle de IH foram desafiados a ampliar suas atividades com a perspectiva da qualidade, já que o controle da IH representa um dos meios de o hospital medir resultados.

As primeiras referências sobre padrões necessários para prevenção das IH, exigidos em programas que visavam à qualidade do cuidado datam de 1917, através de um documento do Colégio Americano de Cirurgiões. (FERNANDES; FERNANDES, 2000).

Em 1953, a Joint Comission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), organização privada criada nos EUA para avaliar e acreditar organizações de saúde editou seu primeiro manual contendo onze páginas sobre padrões para Acreditação Hospitalar. Dos padrões exigidos aos hospitais, três itens referenciavam o controle de infecções. (JCAHO, 2002).

A continuidade das suas publicações se deu ao longo dos anos. Em 1956, foi publicada a segunda edição desse manual, contendo a seção relacionada ao controle das IH. A terceira publicação ocorreu em 1960, mantendo as exigências relacionadas à prevenção e ao controle da

IH. Em 1970, nova edição, re-intitulada *Manual de Acreditação para Hospitais* abordou medidas preventivas, relacionando responsabilidades e obrigações da comissão para atingir os objetivos.

Já em 1976, novo manual foi editado, contendo três padrões que referenciavam o PCIH, a CCIH e a supervisão de medidas preventivas e procedimentos.

Em 1990, houve uma extensiva revisão dos padrões por profissionais capacitados e respeitados no assunto, pertencentes à Associação de Profissionais em Controle de Infecção (APIC) e ao CDC, entre outros. Também foram realizadas revisões e críticas pelas próprias associações.

A revisão de 1995 resultou em uma página do manual focando o desempenho das funções de vigilância, prevenção e controle de infecção.

Na busca de padrões para a qualidade da assistência em saúde, países como o Brasil têm usado a JCAHO como modelo. Esta organização tem contribuído, com inegáveis vantagens para a avaliação e garantia da qualidade em Serviços de Saúde.

No Brasil, até o início dos anos 90, não havia nenhuma preocupação formal com a qualidade total dos serviços médico-hospitalares. Foi com a implantação do Código de Proteção e Defesa do Consumidor e com os Programas de Gestão pela Qualidade que se iniciou um novo momento na relação hospital-usuário, o qual teve poder para exigir segurança, qualidade, eficácia e efetividade.

Em 1995, o MS criou o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde e, desde então, foi investindo no desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Desde 1996, o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade estabeleceu como projeto estratégico a avaliação e certificação das organizações de saúde, ocasião em que foi criado o PNQ.

Em 1997, o MS iniciou o projeto de acreditação hospitalar e, em 1998, o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar publicou a primeira edição do *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*, o qual se encontra na sua quarta edição, publicada em 2004.

Esse manual tem sido um marco orientador para programas de incremento do cuidado nos hospitais, cabendo à Organização Nacional de Acreditação (ONA), organização não-governamental autorizada pelo MS, o papel de credenciar as organizações responsáveis pelo desenvolvimento do processo de acreditação nos hospitais brasileiros.

O PCIH tem representatividade nos programas nacionais de qualidade, pois calcula vários indicadores de qualidade.

Em 2000, a ANVISA, através da Resolução – RDC nº 48, publicou o roteiro de inspeção do PCIH, estabelecendo uma sistemática para a avaliação do cumprimento das ações do PCIH. Com base nesse roteiro, as organizações hospitalares estão sujeitas a inspeções sanitárias para a avaliação da qualidade das ações de controle de IH e atuação da CCIH. (BRASIL, 2000).

Muitos autores relacionam o controle da IH e a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais nas organizações de saúde. (CAMALIONTE, 2000; DONABEDIAN, 1988; WENZEL, 1991).

Para Donabedian (1988), a IH representa um dos problemas comuns da assistência, resultantes de falhas humanas e que pode ser analisada através dos instrumentos da gestão de qualidade, aplicados com adaptações.

Como também refere Wenzel (1991), o controle da IH é a atividade mais relacionada à qualidade da assistência médico-hospitalar desde quando se pensou em elaborar indicadores sobre esse assunto.

Com essa mesma visão, Camaliente (2000, p. 1679) observa que “[...] a infecção hospitalar é e continuará sendo um dos principais indicadores de qualidade no atendimento prestado na promoção da saúde”.

Um dos requisitos mínimos da proposta de acreditação de hospitais para a América Latina e Caribe é o controle da IH, sendo um dos parâmetros utilizados para avaliar a qualidade do cuidado. (RODRIGUES, 1997).

Várias são as interfaces entre o controle da IH e a garantia da qualidade. A abordagem do controle da IH está integrada à da avaliação da qualidade, ambas usam uma sistematização semelhante para a solução de problemas: o planejar, do qual constam a definição e avaliação da importância do problema, a investigação do problema e o levantamento das suas causas; o fazer, que se refere à ação propriamente dita, com a finalidade de bloquear as causas do problema; o verificar, com o objetivo de avaliar a efetividade; e o atuar, com o objetivo de prosseguir com os avanços e revisar todo o processo.

O controle da infecção e a avaliação da qualidade perpassam todos os processos de uma organização hospitalar. Os membros do SCIH já usam o modelo de vigilância epidemiológica de controle de risco de forma natural e inerente. (GASTAL, 2004).

Outros aspectos comuns é que tanto o controle da IH quanto a avaliação da qualidade usam os mesmos princípios metodológicos para coleta e análise dos dados epidemiológicos e valorizam ações baseadas no incentivo ao trabalho em equipe.

Assim, observa-se que, quando se almeja a qualidade, o controle da IH está inserido como um aprimoramento do trabalho. (FERNANDES e NOCA, 2000).

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

De acordo com Fernandes e Noca (2000), as infecções, na maioria dos hospitais, refletem falhas básicas de sua estrutura ou do processo de atendimento. Estes autores sugerem a abordagem da qualidade como fundamental para tentar transformar esta realidade. Sob essa ótica, o aparecimento de uma IH pode representar uma falha, sendo um resultado indesejável.

Para a SESAB, as IH representam um problema de saúde pública, pelos danos significativos que podem causar aos usuários. Assim, a concentração de esforços no sentido de definir estratégias para identificação dos pontos críticos, que se expressam no cotidiano dos profissionais de saúde, justifica-se por sua importância humana, social, econômica e pelo impacto na qualidade do cuidado e nos custos hospitalares das infecções consideradas preveníveis. (BAHIA, 2005).

Na Bahia, a Portaria 1.083/04, referente a padrões de qualidade para auto-avaliação com foco no controle de IH, vem sendo usada como instrumento de acreditação em controle de IH nos hospitais públicos e privados do Estado.

Essa Portaria representou um ganho de qualidade aos hospitais que passaram a fazer uso sem custos de um instrumento para avaliação dos seus serviços. A avaliação é global, obrigatória e realizada periodicamente, permitindo o acompanhamento contínuo das melhorias.

Em 2001, a SESAB promoveu uma capacitação para os controladores de IH, os quais foram capacitados e atuam como agentes na auto-avaliação semestral em suas organizações e são solicitados que enviem o resultado à SESAB. Anualmente, seus técnicos realizam a avaliação nas organizações hospitalares públicas e privadas, de grande, médio e pequeno portes, para confrontarem os resultados recebidos.

Na avaliação realizada em 2002 pela SESAB/Coordenação de Gestão da Qualidade e Avaliação Tecnológica (COGESTEC), segundo a Portaria 1.083, os hospitais receberam como resultado o percentual alcançado em cada nível, não sendo informados sobre as

questões não atendidas. Esta informação, porém, seria de fundamental importância para os gestores hospitalares e controladores de IH para o planejamento das suas ações e metas.

Essa avaliação mostrou um nível de desempenho de qualidade abaixo do regular ($\leq 50\%$) na maioria dos hospitais baianos, principalmente nas unidades hospitalares públicas. (BAHIA, 2003b).

Segundo Rodrigues (1997), as IH continuarão sendo um sério problema, com possibilidades de agravamento, exigindo uma ação contínua. Assim, seu controle representa uma das maneiras de o hospital avaliar resultados diretamente.

Considerando esses aspectos, os controladores de IH precisam conhecer e aplicar as ferramentas da qualidade para fundamentar suas ações e envolver as equipes na compreensão e resolução dos problemas. Para tanto, é necessário inovar nas metodologias de treinamento (CERQUEIRA et al., 2004a). Os profissionais precisam ter a dimensão da importância do seu papel, trabalhar em equipe, atualizar-se e ter capacidade de se auto-avaliarem, cabendo aos gestores das organizações disponibilizarem recursos relacionados às estruturas e aos processos de trabalho.

4 METODOLOGIA

4.1 Referencial Teórico

Todos os pontos de reflexão levaram à escolha de um referencial teórico para sustentar o estudo. Deste modo, a concepção sistêmica de Donabedian (1980) foi o referencial escolhido, pelo modo como ele define os componentes utilizados para a avaliação da qualidade que são: a estrutura, o processo e o resultado.

4.2 Tipo de Estudo

Foi realizada uma pesquisa avaliativa, descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa avaliativa, segundo Silva (1999, p. 331):

Corresponde a um julgamento sobre uma dada intervenção, e a avaliação das práticas correspondentes a um julgamento sobre o trabalho de sujeitos concretos com implicações evidentes de ordem pessoal, institucional e social. Portanto, sua efetividade requer a construção de consenso teórico e político para que possa se tornar uma ferramenta de gestão impulsionadora de transformações.

A pesquisa descritiva “[...] observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características”. (CERVO; BERVIAN, 1996, p. 49).

Para Silva e Menezes (2001, p. 20), pesquisa quantitativa:

[...] é tudo que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.).

Assim, dado o objeto de investigação ter essa natureza, esta pesquisa foi caracterizada como quantitativa.

4.3 População e Amostra

A população pesquisada foi composta pelos membros executores do PCIH. Os membros executores do PCIH são profissionais da área de saúde designados formalmente pela organização, encarregados da execução das ações programadas de controle da IH.

A população deste estudo foi constituída de vinte e um profissionais, sendo doze enfermeiras e nove médicos. Desta população, os profissionais que estavam presentes no SCIH no momento da coleta dos dados constituíram a amostra de profissionais, totalizando onze profissionais.

4.4 *Locus* do Estudo

O estudo foi realizado em 100% dos hospitais públicos estaduais, com capacidade instalada acima de 100 leitos, situados no Município de Salvador, totalizando nove hospitais. Destes hospitais, três são gerais e seis especializados, todos com CCIH implantadas há mais de dois anos.

Os hospitais com capacidade instalada acima de 100 leitos foram selecionados por desenvolverem procedimentos de média e alta complexidade e também de maior risco para a ocorrência das infecções hospitalares. A maioria possui unidades de terapia intensiva e/ou

berçário de alto risco, nos quais estão internados os usuários em situação de saúde mais crítica e, portanto, mais susceptíveis para o desenvolvimento de IH.

Neste estudo, os hospitais são identificados como H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9. Não são apresentadas outras características destas organizações a fim de lhes preservar o anonimato.

A escolha dos hospitais públicos foi feita das seguintes razões: a) por apresentarem uma taxa de IH de 18,4% contra 10% dos hospitais privados no último estudo realizado pelo MS (PRADE, 1995); b) pelos dados encontrados na avaliação feita pela SESAB em 2002, que encontrou um nível de desempenho de qualidade abaixo do regular ($\leq 50\%$) na maioria dos hospitais baianos, principalmente nas unidades hospitalares públicas (BAHIA, 2003b); c) por terem os hospitais públicos o estado como proprietário, seus recursos dependem de decisão política e da capacidade econômica do Estado; c) porque o instrumento usado para a coleta dos dados foi uma Portaria estadual, já validada e destinada a avaliar os hospitais estaduais.

Neste estudo, não foram incluídos os hospitais de pequeno porte, nem os hospitais situados no interior do Estado, que, pelo quantitativo de profissionais que possuem, têm dificuldades em atender a algumas exigências da Portaria da SESAB nº 1.083, principalmente aquelas referentes às normas escritas dos itens de verificação, criando muitas vezes distorções no resultado da avaliação, pois podem praticar as técnicas corretamente, mas, se não houver registro e padronização, não recebem a pontuação.

4.5 Instrumento para Coleta de Dados

Foram utilizadas questões contidas na Portaria da SESAB nº 1.083, dado que esta se refere aos Padrões de Qualidade da Assistência para auto-avaliação hospitalar com foco no Controle de IH e teve sua 1ª edição publicada em 2001, ocasião em que foi validada por técnicos da SESAB, do MS e das Secretarias Estaduais de PE, RN, CE, PB, AL, SE, ES, RJ, SC, PR, RS, MS e PA.

Atualmente, essa Portaria encontra-se na sua 2ª edição e vem sendo usada como instrumento de Acreditação em Controle de IH e como recurso de acompanhamento e avaliação da qualidade da assistência prestada pelos hospitais de pequeno, médio e grande portes das redes pública e privada do Estado da Bahia. É composta por 33 unidades temáticas, com 328 questões que avaliam a estrutura (14,2%), o processo (69,7%) e o resultado (16,1%) das ações focalizadas na qualidade e na prevenção da IH (BAHIA, 2004).

As questões contidas nesta Portaria são acompanhadas da definição dos critérios, os quais foram utilizados durante a fase de coleta dos dados da pesquisa. Nesta Portaria, os critérios utilizados para elaboração da avaliação foram baseados na literatura científica especializada e na literatura oficial brasileira.

Cada questão tem um peso que varia de dois a cinco. As questões com peso dois influenciam no controle da disseminação de agentes de fontes conhecidas; as com peso três são de apoio ao controle de infecção e as com peso quatro e cinco constituem fatores determinantes da prevenção das infecções hospitalares.

Cada item de verificação teve como resposta: (S) que significou sim ou resposta positiva e teve como pontuação o peso da questão; (N) que significou não ou resposta negativa e teve pontuação zero; (NSA) que significou não se aplica, significando, que a

unidade hospitalar não ofereceu o referido serviço ou procedimento, por ele não fazer parte do perfil assistencial da organização, sendo assim excluída da análise dos resultados.

Ressalta-se que a Portaria da SESAB nº 1.083 utiliza a avaliação global, calculada pelo somatório do resultado de todos os níveis de desempenho, o que pode causar bias nos resultados, dado que os níveis de desempenho têm diferenciados e crescentes graus de exigências.

Neste estudo, foi usada a entrevista, como técnica de pesquisa e o formulário, como instrumento para coleta dos dados.

As entrevistas foram realizadas na sala do SCIH, após apresentação da pesquisadora, explicação do objetivo da pesquisa, compromisso quanto ao uso dos resultados exclusivamente para fins acadêmicos e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos profissionais.

Foram entrevistados os membros executores do SCIH para se conhecer a categoria profissional; o tempo de formação profissional; o tempo de trabalho no setor e a presença ou não de títulos de especialização na área de controle de IH.

O formulário se refere a um recorte da Portaria da SESAB nº 1.083. Foi selecionada a unidade temática PCIH⁵, que consta de 70 questões, sendo 16 referentes à estruturação do PCIH, 27 sobre educação e normalização, 22 referentes à vigilância epidemiológica, 4 referentes a visitantes e clientes e uma questão sobre comunicação e marketing. (BAHIA, 2004).

Durante a aplicação do formulário, foram realizadas observações diretas e constatações quanto a existência de documentos, tais como: documento da direção do hospital que registre a implantação do PCIH; plano de trabalho anual do PCIH; manual de normas e

⁵ A seleção dessa unidade temática justificou-se por ser a área mais representativa ao avaliar os padrões de qualidade da assistência na área hospitalar com foco no controle da IH.

rotinas; programa de educação; protocolos; agendas, súmulas de reuniões e relatórios. Assim, foi verificado se as práticas sob avaliação faziam parte da rotina da organização.

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora, no período compreendido entre o final de agosto e o início de dezembro de 2005. Para a avaliação foram considerados os documentos do ano de 2005.

4.6 Análise dos Dados

A avaliação do PCIH foi feita em três níveis de desempenho: **nível 1** — avalia as ações consideradas indispensáveis para a qualidade e a prevenção das infecções hospitalares; **nível 2** — avalia as ações mais eficazes para a prevenção das infecções hospitalares, o que significa uma abrangência maior do PCIH para melhoria contínua da qualidade; e **nível 3** — avalia ações de epidemiologia hospitalar. Este nível é considerado de excelência e nele o hospital atinge o padrão ideal para um efetivo programa de controle de infecção. Em todos os níveis, o hospital poderá ser estratificado em seus resultados, até alcançar os 100% de desempenho em cada nível. (BAHIA, 2004).

O percentual de desempenho a ser alcançado em cada nível foi considerado: **insuficiente**: se menor que 50%; **regular**: se na faixa de 50 a 69%; **bom**: se na faixa de 70 a 94%; **preenche o nível**: se igual ou maior que 95%.

Esses níveis de desempenho são usados pela SESAB com a finalidade de estabelecer critérios específicos de classificação de hospitais para credenciamento como referência em controle de infecção.

O banco de dados usado foi o EPI INFO 06, versão 6.04D, de janeiro de 2001. Para análise descritiva dos dados, foi usado SPSS 11.01 *for windows*, de 15 de novembro de 2001, verificou-se a frequência e o percentual dos dados pesquisados.

4.7 Variáveis

Os indicadores de qualidade foram construídos a partir das questões relacionadas às seguintes dimensões: estrutura, processo e resultado que formam o conjunto de variáveis independentes, com 70 questões, sendo 11 referentes a estrutura, 48 referentes a processo e 11 questões referentes a resultado. Os níveis de desempenho: 1, 2 e 3 foram as variáveis dependentes, sendo 39 questões correspondentes ao nível 1, 22 questões referentes ao nível 2 e 9 questões relativas ao nível 3.

→ Nível 1 do PCIH

Variáveis independentes no que se refere à dimensão Estrutura, totalizando nove questões:

Existência do PCIH;

Constituição do PCIH por profissional de nível superior representante do Serviço de Enfermagem;

Constituição do PCIH por profissional de nível superior representante da Área Médica;

Constituição do PCIH por profissional de nível superior representante do Serviço de Farmácia;

Constituição do PCIH por profissional de nível superior representante da Administração Hospitalar;

Constituição do PCIH por profissional de nível superior representante do Laboratório de Microbiologia;

Constituição do PCIH pelo Enfermeiro Executivo do Serviço;

Constituição do PCIH pelo Médico Executivo do Serviço;

Constituição do PCIH por outros Profissionais Executivos do Serviço;

→ **Nível 1 do PCIH**

Variáveis independentes no que se refere à dimensão Processo, totalizando vinte e duas questões:

Existência de plano de trabalho no PCIH com definição de resultados a serem alcançados no ano;

Atuação do PCIH baseado em conhecimento científico atualizado, normas nacionais, estaduais ou internacionais;

Elaboração de programa de educação com enfoque na prevenção e controle de infecções;

Realização dos programas de educação pelo PCIH;

Realização do programa de educação para as áreas de maior risco;

Divulgação das normas para prevenção e controle das IH;

Existência de cronograma de visita técnica aos serviços;

Realização das visitas técnicas aos serviços, conforme programado;

Utilização de critérios para diagnóstico das IH;

Utilização do método prospectivo de vigilância;

Utilização do método retrospectivo de vigilância;

Utilização do método de vigilância de prevalência;

Utilização de resultados de exames microbiológicos;

Utilização de informações da enfermagem;

Utilização de laudos de exames radiológicos, endoscópicos, de patologia e outros;

Utilização de informações do Serviço de Arquivo Médico Estatístico;

Registro dos dados da vigilância epidemiológica em formulário padronizado;

Utilização do denominador: saída total de pacientes do hospital para cálculo dos indicadores;

Utilização do denominador: saída total de pacientes por unidades para cálculo dos indicadores;

Realização rotineira de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares por objetivos;

Realização de vigilância epidemiológica das infecções de forma dirigida;

Recebimento de orientações pela puérpera sobre como cuidar do recém-nascido durante a internação.

→ **Nível 1 do PCIH**

Variáveis independentes no que se refere à dimensão Resultado, totalizando oito questões:

Avaliação dos resultados alcançados pelo PCIH no mínimo a cada três meses, segundo planejamento estabelecido;

Elaboração de relatórios sobre os dados coletados;

Interpretação dos dados do relatório;

Análise dos dados do relatório;

Divulgação das informações do sistema de vigilância epidemiológica para a direção do Hospital;

Divulgação das informações do sistema de vigilância epidemiológica para os líderes de serviço;

Divulgação das informações do sistema de vigilância epidemiológica para os profissionais de forma geral;

Discussão dos dados do sistema de vigilância epidemiológica com os líderes e profissionais.

→ **Nível 2 do PCIH**

Variável independente no que se refere à dimensão Estrutura, uma questão:

Existência de área física específica para o funcionamento da CCIH (sim, não).

→ **Nível 2 do PCIH**

Variáveis independentes no que se refere à dimensão Processo, totalizando dezoito questões:

Suporte dado pelo sistema de gerenciamento de informações ao PCIH;

Abrangência das ações do PCIH a todas as áreas do Hospital;

Envolvimento de lideranças do hospital nas ações educativas;

Divulgação para as lideranças dos serviços da participação nas ações educativas;

Participação de ações educativas promovidas por outros serviços do Hospital;

Participação de ações educativas promovidas por entidades externas à organização;

Definição de protocolos para uso de antimicrobianos em parceria com as equipes médicas das unidades de terapia intensiva;

Discussão com líderes dos serviços e outros profissionais sobre a implementação de normas técnicas;

Registro de investigação epidemiológica;

Presença do levantamento do problema no tempo, período e pessoal envolvido no registro de investigação epidemiológica;

Revisão clínica dos usuários no registro de investigação epidemiológica;

Presença da definição do caso no registro de investigação epidemiológica;

Registro de avaliação de informações durante a investigação epidemiológica;

Instituição de medidas de controle no registro de investigação epidemiológica;

Registro de notificação de infecções provenientes de outras organizações hospitalares;

Registro de discussão de casos de IH com a equipe médica das áreas críticas;

Registro de informação aos pacientes e/ou visitantes sobre sua situação clínica;

Desenvolvimento de ações de comunicação e marketing no hospital, com o objetivo de envolver os profissionais nas medidas preventivas de infecção.

→ **Nível 2 do PCIH**

Variáveis independentes no que se refere à dimensão Resultado, totalizando três questões:

Inclusão e relação de outros indicadores hospitalares, como taxa de permanência e ocupação na análise dos dados epidemiológicos das infecções;

Presença de informações sobre o nível endêmico ou média esperada de doentes com IH;

Presença de registro nos relatórios das infecções consideradas preveníveis.

→ **Nível 3 do PCIH**

Variável independente no que se refere à dimensão Estrutura, uma questão:

O PCIH estabelece foco na prevenção da IH .

→ **Nível 3 do PCIH**

Variáveis independentes no que se refere à dimensão Processo, totalizando oito questões:

O PCIH discute com lideranças e profissionais os resultados das visitas técnicas;

O PCIH define com a CME os protocolos de uso e reuso de artigos hospitalares;

Definição de protocolos para controle da resistência microbiana, em parceria com o laboratório de microbiologia;

Definição de protocolos de segurança do profissional, em parceria com o Programa de Saúde e Higiene Ocupacional;

O PCIH discute casos de infecção com a equipe da assistência direta e indireta;

O PCIH investiga rotineiramente o aparecimento de novos agentes infecciosos;

Divulgação de informativos sobre controle de infecção a visitantes e usuários;

Esclarecimento e orientação nos casos de infecção hospitalar prevenível ou não para usuários.

4.8 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da SESAB e foi aprovado em 26 de abril de 2005. O parecer do CEP encontra-se no Anexo B.

Foi atendida a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, referente às diretrizes éticas das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Todas as enfermeiras e médicas entrevistadas assinaram o termo de consentimento livre esclarecido (Apêndice).

5 AVALIANDO A QUALIDADE DO PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Neste item são apresentados os resultados no que se referem aos indicadores de estrutura, processo e resultado.

5.1 Avaliação da Estrutura

Após a coleta, os dados foram processados com a apresentação de dados absolutos e relativos, dispostos nas tabelas que se seguem.

Tabela 1 – Distribuição de frequência e percentual por categoria profissional. Salvador, Bahia, 2005.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº	%
Enfermeira	09	81,8%
Médica	02	18,2%
TOTAL	11	100%

Fonte: dados da pesquisa.

A amostra foi constituída por 100% de mulheres, sendo 81,8% enfermeiras e 18,2% médicas (Tabela1).

Esses dados mostram a predominância do trabalho da enfermeira como membro do SCIH, corroborando a opinião de Goldmann (1988), de que o enfermeiro deve ser membro do SCIH por conhecer e participar dos aspectos referentes ao cuidado. Também para Sgarbi e Conterno (1997, p. 39), “[...] muito do sucesso do PCIH dependerá da atuação do enfermeiro”.

Diante dessas observações e dos dados encontrados nesta pesquisa, pode-se inferir que a enfermeira tem sido um agente fundamental para implementação das ações do PCIH.

Tabela 2 – Distribuição de freqüência e percentual por tempo de formação profissional. Salvador, Bahia, 2005.

TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL (ANOS)	Nº	%
Até 10	01	9,1 %
De 15 a 19	03	27,3 %
De 20 a 24	03	27,3 %
De 25 a 29	02	18,2 %
De 30 a 34	02	18,2 %

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação ao tempo de formação, 63,7% das profissionais entrevistadas têm mais de 20 anos de formadas (Tabela 2). O tempo médio de formação é de 21,9 anos. Este dado permitiu revelar que a amostra foi composta por profissionais com tempo de experiência expressivo.

Tabela 3 – Distribuição de freqüência e percentual por nível de formação profissional. Salvador, Bahia, 2005.

NÍVEL DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL	Nº	%
Especialistas em controle de IH	08	72,7 %
Outros cursos de especialização	02	18,2 %
Não possuem cursos de especialização	01	9,1 %

Fonte: dados da pesquisa.

A presença de profissionais especialistas foi uma das características da amostra: das entrevistadas, 90,9% concluíram algum curso de especialização e 72,7% são especialistas em controle de IH (Tabela 3). Isto pode ser um fator de contribuição para a utilização do seu potencial nas atividades.

Tabela 4 – Distribuição de frequência e percentual por tempo de trabalho no SCIH. Salvador, Bahia, 2005.

TEMPO DE TRABALHO NO SCIH (ANOS)	Nº	%
Até 1	01	9,1 %
De 2 - 6	04	36,4 %
De 9 - 13	03	27,3 %
De 14 – 18	03	27,3 %

Fonte: dados da pesquisa.

No que diz respeito ao tempo de trabalho no SCIH, 54,6% das profissionais trabalham há mais de nove anos no SCIH. O tempo médio de trabalho neste setor é de 9,3 anos (Tabela 4), sendo mais um fator relevante junto à experiência e capacitação dos profissionais ante a implantação do PCIH.

Conforme a Tabela 5, a seguir, da avaliação da estrutura em nível de desempenho 1, dos nove indicadores apenas três (33,3%) tiveram respostas negativas e um (11,1%) resposta NSA. Em nível de desempenho 2, dos nove hospitais, dois (22,2%) não possuem área física específica para o funcionamento da CCIH, por falta de espaço físico no hospital e por haver outros serviços funcionando no mesmo local de funcionamento do SCIH.

Em nível de desempenho 3, não estabelecem foco na prevenção de IH, 88,9% dos hospitais (Tabela 5). Isto revela um resultado insuficiente, neste nível, por não preencher os critérios mínimos para o controle da IH.

Tabela 5 – Distribuição da frequência e percentual de respostas sobre variáveis da dimensão estrutura nos níveis 1, 2 e 3. Salvador, Bahia, 2005.

INDICADORES DE ESTRUTURA	SIM		NÃO		NÃO SE APLICA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NÍVEL DE DESEMPENHO 1						
1- Existência do PCIH	9	100,0	—	—	—	—
2- Constituição do PCIH por representante do Serviço de Enfermagem	8	88,9	1	11,1	—	—
3- Constituição do PCIH por representante da Área Médica	9	100,0	—	—	—	—
4- Constituição do PCIH por representante do Serviço de Farmácia	9	100,0	—	—	—	—
5- Constituição do PCIH por representante da Administração Hospitalar	8	88,9	1	11,1	—	—
6- Constituição do PCIH por representante do Laboratório de Microbiologia	8	88,9	1	11,1	—	—
7- Constituição do PCIH por Enfermeiro Executivo do Serviço	9	100,0	—	—	—	—
8- Constituição do PCIH por Médico Executivo do Serviço	9	100,0	—	—	—	—
9- Outros Profissionais Executivos do Serviço	-	-	—	—	9	100,0
NÍVEL DE DESEMPENHO 2						
1- Existência de área física específica para o funcionamento da CCIH	7	77,8	2	22,2	—	—
NÍVEL DESEMPENHO 3						
1- O PCIH estabelece foco na prevenção de IH	1	11,1	8	88,9	—	—

Fonte: dados da pesquisa.

5.2 Avaliação de Processo

Segundo a Tabela 6A, a seguir, as variáveis de processo que não foram atendidas na sua totalidade em nível de desempenho 1, interferindo negativamente na qualidade do PCIH, foram: a realização rotineira de vigilância epidemiológica das IH por objetivos; realização de visitas técnicas aos serviços conforme programação e realização do programa de educação para as áreas de maior risco.

Tabela 6A – Distribuição da frequência e percentual de respostas sobre variáveis da dimensão processo no nível 1. Salvador, Bahia, 2005.

INDICADORES DE PROCESSO PARA O NÍVEL DE DESEMPENHO 1	SIM		NÃO		NÃO SE APLICA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1- Plano de trabalho com definição de resultados a serem alcançados	8	88,9	1	11,1	—	—
2- Atuação baseada em conhecimento científico atualizado, normas nacionais, estaduais ou internacionais	9	100,0	—	—	—	—
3- Programa de educação com enfoque na prevenção e controle de infecções	6	66,7	3	33,3	—	—
4- Realização do programa de educação	5	55,6	4	44,4	—	—
5- Realização do programa de educação para áreas de maior risco	3	33,3	6	66,7	—	—
6- Divulgação das normas para prevenção e controle das infecções hospitalares	9	100,0	—	—	—	—
7- Existência de cronograma de visita técnica aos serviços	6	66,7	3	33,3	—	—
8- Realização das visitas técnicas aos serviços conforme programação	1	11,1	8	88,9	—	—
9- Utilização de critérios diagnósticos das infecções hospitalares	8	88,9	1	11,1	—	—
10- Utilização do método de vigilância prospectivo	9	100,0	—	—	—	—
11- Utilização do método de vigilância retrospectivo	8	88,9	1	11,1	—	—
12- Utilização do método de vigilância de prevalência	—	—	4	44,4	5	55,6
13- Utilização de resultados de exames microbiológicos como fonte de coleta de dados	7	77,8	2	22,2	—	—
14- Utilização de outras informações de enfermagem como fonte de coleta de dados	9	100,0	—	—	—	—
15- Utilização de laudos dos exames radiológicos, endoscópicos, de patologia e outros, como fonte de coleta de dados	9	100,0	—	—	—	—
16- Utilização de informações do Serviço de Arquivo Médico Estatístico como fonte de coleta de dados	8	88,9	1	11,1	—	—
17- Registros dos dados da Vigilância Epidemiológica em formulário padronizado	9	100,0	—	—	—	—
18- Utilização do denominador saída total de pacientes do hospital para cálculo dos indicadores	5	55,6	4	44,4	—	—
19- Utilização do denominador saída total de pacientes por unidades para cálculo dos indicadores	9	100,0	—	—	—	—
20- Realização rotineira de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares por objetivos	—	—	9	100,0	—	—
21- Realização rotineira de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares dirigida	9	100,0	—	—	—	—
22- Recebimento de orientações pela puérpera sobre como cuidar do recém-nascido durante a internação	1	11,1	3	33,3	5	55,6

Fonte: dados da pesquisa.

Ficou evidenciado que 100% dos hospitais não realizam vigilância epidemiológica por objetivos (Tabela 6A). Isto significa que não determinam as estratégias de ação com base nos objetivos finais, focalizando os tipos de infecção a serem prevenidos. Eles realizam a vigilância epidemiológica dirigida: direcionam as ações de vigilância e prevenção das infecções para as áreas críticas, como UTI e/ou berçário de alto risco, ou para problemas identificados na organização, como controle de surtos ou aumento na incidência de determinada infecção.

Foi constatado durante a entrevista que alguns profissionais ainda não têm clareza a respeito da diferença dos conceitos vigilância epidemiológica dirigida e vigilância epidemiológica por objetivo e, ao serem questionados, informaram que realizam os dois tipos de vigilância, porém as evidências e as respostas mostram que realizam apenas a vigilância epidemiológica dirigida.

Conforme demonstrado, 88,9% dos hospitais não realizam as visitas técnicas aos serviços conforme a programação (Tabela 6A). Isto pode ser explicado pelas diversas solicitações feitas aos membros do SCIH, envolvendo-os em outras atividades e resolução de problemas e prioridades, fazendo com que as visitas técnicas sejam suspensas e/ou postergadas para uma nova data e que, na maioria das vezes, também não ocorrem.

Observa-se que, sem essas visitas, fica impossível a identificação de não conformidades nos diversos serviços pelos membros do SCIH, principalmente nas áreas de apoio, que não são áreas visitadas pelos controladores de infecção no seu dia-a-dia, mas que são áreas importantes no controle da IH, pois fornecem insumos necessários ao cuidado dos usuários e, portanto, precisam ser visitadas e avaliadas quanto à realização das boas práticas, para não comprometerem a qualidade do cuidado.

Conforme demonstrado na Tabela 6A, 66,7% dos hospitais não realizam programas de educação com enfoque na prevenção e controle para áreas de maior risco para ocorrência de infecção, como as unidades de terapia intensiva ou berçários de alto risco.

Isto pode ser justificado por alguns entrevistados que relataram que essas áreas têm dificuldades em liberar os colaboradores para os treinamentos, porque as escalas de pessoal estão, na maioria das vezes, com um número reduzido de colaboradores, considerando-se a demanda de usuários e o grau de dependência destes, impossibilitando a liberação dos colaboradores para participação nos treinamentos.

Segundo Fernandes e Noca (2000), uma das obrigações dos membros do SCIH é a atualização de toda a equipe de profissionais nas medidas de controle da IH, e para isso deve se esforçar na implantação de treinamentos em serviço em todos os setores cujas atividades refletem a incidência dos casos.

Para Pereira et al. (1999) é importante a interação entre os serviços de apoio e os membros do SCIH, já que as normas e rotinas estabelecidas para cada setor devem considerar aspectos técnicos relacionados à prevenção e ao controle da IH.

O controle das infecções hospitalares tem como uma de suas bases o aperfeiçoamento contínuo de todos os profissionais de uma organização hospitalar. (FERNANDES; FERNANDES, 2000).

A participação dos colaboradores nos programas de educação é fundamental para o cumprimento das normas e rotinas de prevenção e controle da IH. Durante a realização dos treinamentos, os profissionais estão fora das áreas de trabalho e voltados exclusivamente para esta atividade, assim eles perguntam, esclarecem dúvidas, dão depoimentos, falam sobre as dificuldades e apresentam sugestões. Há uma grande interação entre os profissionais e os membros do SCIH, portanto esta ocasião deve ser bem aproveitada para identificar problemas, reforçar ou mudar comportamentos e esclarecer questões que emergem dos colaboradores.

Para Davis (1994), os profissionais das unidades de assistência não só devem participar dos programas de treinamento, como também enriquecê-los com suas experiências.

É imprescindível que ocorram os programas de educação para as áreas de maior risco com a participação dos colaboradores destas áreas. É necessário que sejam os mais preparados, já que, nestas unidades, os usuários estão em uma condição de saúde mais grave, como também estão mais expostos ao desenvolvimento de uma IH, exigindo, dessa forma, atenção e cuidados intensivos, o que se consegue com profissionais mais capacitados.

Tabela 6B – Distribuição da frequência e percentual de respostas sobre as variáveis da dimensão processo no nível de desempenho 2. Salvador, Bahia, 2005.

INDICADORES DE PROCESSO PARA O NÍVEL DE DESEMPENHO 2	SIM		NÃO		NÃO SE APLICA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1- Suporte dado pelo sistema de gerenciamento de informações a CCIH	8	88,9	1	11,1	—	—
2- Abrangência das ações do PCIH para todas as áreas do hospital	5	55,6	4	44,4	—	—
3- Envolvimento de lideranças dos diversos serviços do hospital nas ações educativas	—	—	9	100,0	—	—
4- Divulgação para as lideranças dos serviços da participação nas ações educativas	2	22,2	7	77,8	—	—
5- Participação de ações educativas promovidas por outros serviços do hospital	6	66,7	3	33,3	—	—
6- Participação de ações educativas externas à instituição	9	100,0	—	—	—	—
7- Definição de protocolos para uso de antimicrobianos em parceria com as equipes médicas das unidades de terapia intensiva	3	33,3	6	66,7	—	—
8- Discussão com líderes dos serviços e outros profissionais sobre a implantação de normas técnicas	8	88,9	1	11,1	—	—
9- Registro de investigação epidemiológica	9	100,0	—	—	—	—
10- Levantamento do problema no tempo, período e pessoal envolvido	4	44,4	5	55,6	—	—
11- Revisão clínica dos usuários	7	77,8	2	22,2	—	—
12- Definição do caso	8	88,9	1	11,1	—	—
13- Avaliação das informações	6	66,7	3	33,3	—	—
14- Instituição de medidas de controle	8	88,9	1	11,1	—	—
15- Comunicação a outros hospitais a admissão de pacientes infecciosos deles provenientes	1	11,1	8	88,9	—	—
16- Discussão de casos de IH com a equipe médica, pelo menos das áreas críticas	4	44,4	5	55,6	—	—
17- Informações aos pacientes e/ou familiares sobre sua situação clínica	1	11,1	8	88,9	—	—
18- Ações de comunicação e marketing no hospital com o objetivo de envolver os profissionais nas medidas preventivas de infecção	6	66,7	3	33,3	—	—

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 6B demonstra que 100% dos hospitais avaliados não envolvem as lideranças dos diversos serviços no planejamento das ações educativas. Este foi o indicador de processo que mais interferiu negativamente na qualidade do PCIH no nível 2.

De acordo com Khoury e Elias (2000), em um treinamento, os processos de mudança só serão eficazes se as pessoas envolvidas (gerentes e supervisores) fizerem parte da análise e decisão sobre as mudanças, comprometendo-se a acompanhar e avaliar os resultados.

É preciso que seja evidente aos membros do SCIH que as normas e padronizações visam à promoção de mudanças de hábitos e comportamentos e as pessoas tendem a colaborar com as propostas, à medida que estão convencidas da sua aplicabilidade e compreendem seus propósitos e importância. (SGARBI; GOTERNO, 1997).

Assim, o não envolvimento dos líderes no planejamento das ações educativas pode fazer com que eles não se sintam responsáveis pelo cumprimento das ações, e, conseqüentemente, não supervisionem, dificultando e comprometendo sua realização.

Em 77,8% dos hospitais, os membros do SCIH não divulgam, para as lideranças dos serviços, relatórios ou outros documentos informando a participação dos seus colaboradores nas ações educativas planejadas (Tabela 6B). Assim, os líderes não têm o conhecimento de quem foi capacitado.

Para atingir os objetivos esperados, é fundamental que haja apoio e envolvimento das lideranças (PISTOMO, 1995). O papel do líder é imprescindível para o controle das infecções hospitalares, assim é importante para o sucesso do programa que aconteçam as parcerias. Para tanto, a equipe do SCIH deve trabalhar em total interação com as lideranças.

Ademais, conforme dados da Tabela 6B, 88,9% dos hospitais não notificam as outras unidades hospitalares sobre a internação de usuários com infecções originárias destas. Isto faz com que ocorra subnotificação dos casos de infecção, porque os usuários que desenvolvem

uma infecção após sua alta hospitalar e se reinternam em outro hospital, não estão sendo notificados às organizações de origem.

Esse tipo de notificação é muito positivo, pois é importante para as organizações hospitalares o conhecimento e maior controle das infecções pós-alta, principalmente nas unidades com perfil cirúrgico e alta taxa de rotatividade dos usuários, que podem estar com baixas taxas de infecção e talvez subestimadas. Além disso, esta comunicação promove integração entre os controladores de infecção.

Isso pode ser explicado pelo valor dado a essa notificação pelos membros do SCIH, que não lhe dão a devida importância e também por ser uma ação que não vai impactar nos resultados do PCIH da organização.

Foi constatado que, em 88,9% dos hospitais, os usuários não recebem orientações e informações sobre sua situação clínica (Tabela 6B).

A maioria dos profissionais que respondeu ao formulário informou que essas orientações ocorrem de rotina, mas não são registradas. Informou ainda que muitos usuários esquecem as orientações que receberam.

O usuário precisa ser informado e esclarecido sobre sua situação clínica, para que se sinta envolvido no processo do cuidado e possa participar ativamente, já que é o elemento-chave, não apenas receptor, mas também pagador deste cuidado.

Para Zanon (2001), as pessoas precisam participar e terem parte do poder de decisão, para, assim, poderem assumir a responsabilidade pelas ações.

Como a IH é um grave problema de Saúde Pública e sujeito ao controle social, há que se insistir em ações educativas junto aos usuários.

Em 66,7% dos hospitais, os protocolos para uso de antimicrobianos não são definidos em parceria com as equipes médicas das unidades de terapia intensiva.

O uso adequado de antimicrobianos é fundamental para evitar o surgimento de cepas bacterianas resistentes. A UTI é a unidade que mais usa antimicrobianos de forma terapêutica, por isso os protocolos devem ser discutidos e construídos com a participação da equipe médica desta unidade e não exclusivamente pela equipe do SCIH, pois esta se assim for, poderá ter dificuldades na sua implementação e adesão.

Tabela 6C – Distribuição de freqüência e percentual de resposta sobre variáveis da dimensão processo no nível de desempenho 3. Salvador, Bahia, 2005.

INDICADORES DE PROCESSO PARA O NÍVEL DE DESEMPENHO 3	SIM		NÃO		NÃO SE APLICA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1- O PCIH discute com lideranças e profissionais os resultados das visitas técnicas	3	33,3	6	66,7	—	—
2- O PCIH define com a CME os protocolos de uso e reuso de artigos hospitalares	2	22,2	7	77,8	—	—
3- Definição de protocolos para controle da resistência microbiana, em parceria com o laboratório de microbiologia	1	11,1	8	88,9	—	—
4- Definição de protocolos de segurança do profissional, em parceria com o Programa de Saúde de Higiene Ocupacional	6	66,7	3	33,3	—	—
5- O PCIH discute casos de infecção com a equipe da assistência direta e indireta	—	—	9	100,0	—	—
6- O PCIH investiga rotineiramente o aparecimento de novos agentes infecciosos	3	33,3	6	66,7	—	—
7- Divulgação de informativos sobre controle de infecção a visitantes e usuários	—	—	9	100,0	—	—
8- Esclarecimento e orientação aos clientes nos casos de IH prevenível ou não	—	—	9	100,0	—	—

Fonte: dados da pesquisa.

Observa-se na Tabela 6C, que das 8 variáveis de processo no nível 3, apenas uma (12,5%) foi atendida em 66,7% dos hospitais. Isto evidencia que as organizações hospitalares estão com desempenho insuficiente neste nível, não preenchendo os critérios mínimos para o controle da IH.

De acordo com a Tabela 6C, 100% dos hospitais avaliados não apresentaram evidências quanto à discussão dos casos de infecção com as equipes da assistência direta e indireta.

O registro é a evidência que a discussão tem ocorrido e é importante que esteja ocorrendo. A equipe precisa conhecer mais sobre IH e a discussão dos casos é fundamental neste processo, pois permite a identificação de não conformidades, sua correção, a implantação de medidas preventivas, a avaliação dos riscos e conseqüências aos usuários, bem como o aumento dos custos. Além disso, mantém a equipe mais alerta na prevenção de novos casos.

Como afirmam Fernandes e Fernandes (2000), as infecções hospitalares são multifatoriais, e toda problemática para sua redução e controle deve ser conseqüência de um trabalho conjunto.

Em 100% dos hospitais avaliados, não foi encontrado, na recepção, material informativo disponível sobre o controle de infecção destinado a visitantes e usuários. Isto pode ser explicado pelo custo desses impressos. Alguns controladores de infecção informaram que esse material é disponibilizado em um determinado dia na semana. Outros observaram que existem materiais informativos para os usuários nos murais e nas portas das enfermarias.

Entretanto, para a garantia da qualidade e o controle da IH, é necessário investir. Nesta situação, o investimento com a reprodução dos *folders* apresenta uma relação custo/benefício favorável, inferiores aos altos e crescentes custos causados pelas infecções hospitalares e que, muitas vezes, são intangíveis.

Também em 100% dos hospitais avaliados os clientes não são esclarecidos, nem orientados nos casos de IH prevenível ou não.

Na assistência hospitalar o usuário é parte integrante nos processos de diagnóstico e tratamento, interferindo diretamente nos resultados, assim ele precisa ser informado para poder participar destes processos.

Dados contidos na Tabela 6C revelam que 88,9% dos hospitais avaliados não definem protocolos para controle da resistência microbiana em parceria com o laboratório de microbiologia.

Isso pode ser explicado pela ausência do laboratório de microbiologia, que, na maioria dos hospitais, não faz parte da sua área física. Além disso, a distância física entre alguns hospitais e o laboratório dificulta a interação.

Segundo Levy (2000), entre os diversos recursos utilizados para detectar as infecções hospitalares, as informações do laboratório de microbiologia podem ser consideradas imprescindíveis e uma comunicação boa e rápida faz parte das atribuições dos microbiologistas.

O laboratório de microbiologia desempenha um papel muito importante para o controle das infecções hospitalares, seja nas etapas de investigação epidemiológica, já que auxilia no diagnóstico das infecções, seja na elaboração e divulgação de relatórios, contendo a identificação de usuários colonizados, a distribuição dos microorganismos em sítios corporais e unidades do hospital. O laboratório de microbiologia orienta a prescrição de antimicrobianos e realiza treinamento para os colaboradores. (RODRIGUES, 1997).

Outra explicação para a ausência de definição de protocolos de racionalização de uso de antimicrobianos em parceria com o laboratório pode estar na atuação do médico do SCIH. Como afirma Rodrigues (1997), o infectologista do SCIH é o principal responsável por promover a inter-relação sustentada com os setores de microbiologia e farmácia. O programa de racionalização de uso de antimicrobianos deve ter a participação multidisciplinar. Em

alguns hospitais avaliados, o médico do SCIH não é infectologista (H7, H8, H9) e nos demais hospitais, há médicos infectologistas no SCIH (H1, H2, H3, H4, H5, H6).

Em 77,8% dos hospitais avaliados, não havia evidências sobre a definição de protocolos de uso e reuso de artigos hospitalares pelo PCIH em parceria com a CME (Tabela 6C).

Em alguns hospitais, os membros do SCIH afirmaram que possuem esses protocolos, porém não foram apresentados (H3, H5, H7, H9). Em outros hospitais (H4, H6, H8), os protocolos existentes foram elaborados pelo PCIH e passados para a CME cumprir.

Em 66,7% dos hospitais avaliados, não havia evidências sobre a discussão dos resultados das visitas técnicas entre o PCIH e as lideranças e profissionais (Tabela 6C).

Os objetivos da visita técnica são observar, identificar e entrevistar *in loco* os profissionais, para avaliar como estão desenvolvendo seu trabalho, avaliar os processos de trabalho e as condições de estrutura física, recursos materiais e humanos. Assim, tudo que for encontrado e que representar uma oportunidade de melhoria precisa ser sinalizado, informado e discutido com os líderes e profissionais da área que está sendo visitada.

Como abordam Fernandes e Fernandes (2000), para atingir um grau de excelência no atendimento, todos os envolvidos devem ter um bom desempenho. Desta forma, é necessário ter uma abordagem ampla e percepção aguçada para haver maior interação entre os setores, com vistas ao aperfeiçoamento do trabalho e à melhoria da qualidade.

Conforme a Tabela 6C, 66,7% dos hospitais avaliados não apresentaram evidências de que exista uma rotina de investigação do aparecimento de novos agentes infecciosos pelo PCIH. Eles identificam um novo agente infeccioso, mas não realizam uma investigação sobre esse agente.

5.3 Avaliação do Resultado

Na Tabela 7, a seguir, é possível observar que as variáveis de resultado são as menos atendidas na maioria dos hospitais, quando comparadas com as de estrutura e processo. Estes dados corroboram Couto e Pedrosa (2003) quando afirmam que a adequada interação de estrutura e processo é necessária, mas não suficiente para se alcançar bons resultados.

Tabela 7 – Distribuição da frequência e percentual de respostas sobre variáveis da dimensão resultado nos níveis de desempenho 1 e 2. Salvador, Bahia, 2005

INDICADORES DE RESULTADO PARA O NÍVEL DE DESEMPENHO 1	SIM		NÃO		NÃO SE APLICA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1- Avaliação dos resultados alcançados no mínimo a cada 6 meses, segundo planejamento estabelecido	3	33,3	6	66,7	—	—
2- Elaboração de relatórios sobre os dados coletados	9	100,0	—	—	—	—
3- Interpretação dos dados dos relatórios	7	77,8	2	22,2	—	—
4- Análise dos dados dos relatórios	3	33,3	6	66,7	—	—
5- Divulgação das informações do sistema de vigilância epidemiológica para a direção do Hospital	9	100,0	—	—	—	—
6- Divulgação das informações do sistema de vigilância epidemiológica para os líderes dos serviços	8	88,9	1	11,1	—	—
7- Divulgação das informações do sistema de vigilância epidemiológica para os profissionais de forma geral	4	44,4	5	55,6	—	—
8- Discussão dos dados do sistema de vigilância epidemiológica com líderes e profissional	2	22,2	7	77,8	—	—
INDICADORES DE RESULTADO PARA O NÍVEL DE DESEMPENHO 2	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1- Inclusão e relação de outros indicadores hospitalares, como taxa de permanência e ocupação na análise dos dados epidemiológicos das infecções	3	33,3	6	66,7	—	—
2- Presença de informações sobre o nível endêmico ou média esperada de doentes com IH	3	33,3	6	66,7	—	—
3- Presença de registro nos relatórios das infecções consideradas preveníveis	4	44,4	5	55,6	—	—

Fonte: dados da pesquisa.

Dos oito indicadores de resultado em nível de desempenho 1, apenas dois (25%) foram encontrados em 100% dos hospitais (Tabela 7).

Assim, variáveis de resultado, como a avaliação dos resultados alcançados pelo PCIH, a análise dos dados coletados, a discussão dos dados com líderes e demais profissionais, a relação e inclusão de outros indicadores hospitalares nas análises, não são atendidas na maioria dos hospitais avaliados, evidenciando que os controladores de IH passam a maior parte do seu tempo de trabalho buscando coletar dados e não se preocupam em transformar estes dados em informações e ações objetivas de prevenção e controle das infecções hospitalares.

Em 77,8% dos hospitais, não foram identificadas evidências sobre a discussão dos dados do sistema de vigilância epidemiológica com líderes e profissionais (Tabela 7).

De acordo com Sgarbi e Conterno (1997), ao se identificar um problema, o responsável pelo setor ou serviço deverá ser o primeiro a ser ouvido. A detecção do problema, a análise das causas e as estratégias de controle e prevenção devem ser trabalhadas conjuntamente com os profissionais do setor envolvido. Nesse sentido, identifica-se a falta de integração e atuação dos membros do SCIH com os líderes e profissionais.

Dos hospitais pesquisados, 66,7% não avaliam os resultados alcançados pelo PCIH, no mínimo a cada seis meses, segundo o planejamento predefinido, como também não analisam os dados do relatório, embora 100% elaborem os relatórios (Tabela 7).

Muitos hospitais usam a coleta de dados como um componente isolado do processo de vigilância epidemiológica, para calcular taxas de infecções e outros indicadores, porém não dedicam tempo suficiente para sua análise e divulgação. Os indicadores não são transformados em informações para gerar ações.

Em relação às variáveis de resultado do nível 2, em 66,7% dos hospitais não foi evidenciada a correlação dos dados gerados pelo sistema de vigilância epidemiológica das infecções com os indicadores referentes à taxa de ocupação e permanência do hospital. O mesmo ocorreu em relação à presença de informações do nível endêmico ou média esperada

de usuários com IH. Isto evidencia que a equipe do SCIH não inclui e não relaciona, nos seus relatórios, informações sobre tais indicadores.

Para Fernandes e Noca (2000), a grande meta do controle de IH é manter os episódios de IH dentro dos limites endêmicos, estabelecidos estatisticamente a partir de uma seqüência histórica e, se possível, com uma tendência à queda.

O nível endêmico é a faixa de normalidade de IH para um período e serve de parâmetro para avaliações sobre a qualidade hospitalar. De acordo com a Portaria 1.083/2004, o PCIH deve trabalhar com o nível endêmico. Deve-se fazer o acompanhamento dos dados obtidos e avaliar sua posição em relação ao esperado para o período. Pelos dados encontrados, pode-se afirmar que a maioria dos hospitais não está usando o nível endêmico como parâmetro para avaliar seus resultados.

O objetivo de um PCIH é suprimir problemas pela identificação de resultados desfavoráveis, principalmente a IH, identificando suas causas e recomendando medidas corretivas e preventivas com a finalidade de retomar os níveis endêmicos previamente estabelecidos. (FERNANDES; NOCA, 2000).

O instrumento usado na coleta de dados não possui indicadores de resultado para o nível de desempenho 3.

Pode-se afirmar que, mesmo havendo uma estrutura adequada no nível 1, existiam problemas nos processos de trabalho, evidenciados também no resultado.

Corroborando o que afirma Malik (1996a), uma estrutura apropriada não garante um processo satisfatório, tampouco a estrutura correta associada ao processo adequado asseguram o resultado desejado, embora sua ausência o dificulte.

Para Couto e Pedrosa (2003), grande parte das ações para melhoria da qualidade está na melhoria dos processos de trabalho.

É necessário ampliar o conhecimento dos controladores de infecção na questão da notificação de casos de IH às unidades de origem dos usuários, o que pode ser resolvido de forma simples, através da comunicação por passagem de fax, e-mail ou registro completo da informação por telefone.

O usuário tem o direito de saber qual é sua situação clínica para poder participar da sua recuperação, colaborar e ser um agente ativo neste processo.

5.4 Avaliação Global por Nível de Desempenho

Pela análise da Tabela 8, a seguir, pode-se constatar que em nível 1 o desempenho global dos hospitais avaliados foi de 81,71%. Isto demonstra que a qualidade média alcançada em nível 1 pelo PCIH nos hospitais públicos, estaduais, acima de 100 leitos, do Município de Salvador está em torno de 81,71% dos valores preconizados pela Portaria 1.083/2004. O que é considerado um padrão de qualidade bom, valor acima do esperado na hipótese deste estudo, para esse nível.

Tabela 8 – Distribuição de média de percentagem quanto a avaliação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, segundo o tipo de hospitais e níveis de desempenho. Salvador, Bahia, 2005.

CARACTERÍSTICAS DO HOSPITAL	Nº	NÍVEIS DE DESEMPENHO		
		NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3
Hospital Geral	3	76,96	71,99	39,64
Hospital Especializado	6	82,61	50,53	14,86
Global	9	81,71	57,68	23,12

Fonte: dados da pesquisa

É provável que a boa qualidade do PCIH em nível 1, seja atribuída ao trabalho desenvolvido pela SESAB/COGESTEC que, após a primeira avaliação dos hospitais em 2002, criou o Projeto Monitorando a Qualidade na Assistência, para reforçar a infra-estrutura do sistema de saúde e promover cuidados de saúde com qualidade, eficiência e efetividade, através dos instrumentos de gestão da qualidade contidos nas Portarias 1.018/2003 e 1.083/2004 (BAHIA, 2003a; BAHIA, 2004). Este projeto teve como uma das estratégias o investimento no ser humano, voltando-se para a capacitação dos profissionais.

Já em nível 2, o desempenho global dos hospitais foi de 57,68%, isso demonstra uma qualidade média considerada regular, conforme a Portaria 1.083/2004. Estes resultados demonstram que as ações mais eficazes para a prevenção das IH não estão sendo realizadas. A abrangência do PCIH para a melhoria contínua da qualidade não está ocorrendo na maioria dos hospitais pesquisados. Nesse nível o valor encontrado foi abaixo do esperado na hipótese desse estudo, não a confirmando deste modo.

Em relação ao nível 3, o desempenho global dos hospitais avaliados foi de 23,12%, uma qualidade média considerada insuficiente, conforme a Portaria 1.083/2004, também nesse nível, a hipótese deste estudo não foi confirmada. Assim, fica evidente que não estão ocorrendo ações de epidemiologia hospitalar como instrumento de garantia da qualidade. A epidemiologia está sempre procurando identificar as causas de variação das taxas de infecção.

Os hospitais gerais avaliados apresentam boa qualidade em níveis de desempenho 1 e 2, o que significa um padrão de qualidade bom, evidenciando que estão desenvolvendo ações mais eficazes para a prevenção da IH. Nestes hospitais, o PCIH está mais abrangente, incluindo ações de melhorias contínuas da qualidade. Já em nível 3, a qualidade encontrada foi insuficiente, evidenciando a necessidade do desenvolvimento das ações de epidemiologia hospitalar.

Embora os hospitais especializados tenham apresentado, em nível 1, um bom padrão de qualidade, com resultado superior aos hospitais gerais, o mesmo não ocorreu em níveis 2 e 3, com resultados regular e insuficiente, respectivamente (Tabela 8).

Isso evidencia que apenas as ações indispensáveis para a qualidade e o controle da IH estão sendo desenvolvidas nesses hospitais. As ações mais eficazes para a prevenção das infecções hospitalares, que representam uma abrangência maior do PCIH para melhoria contínua da qualidade e as ações de epidemiologia hospitalar, no qual o hospital atinge o padrão ideal para um efetivo programa de controle de infecção, não estão ocorrendo. Não foram encontrados dados na literatura relacionando nível de desempenho do PCIH com os tipos de hospitais, porém os achados empíricos apontam para a existência desta relação, privilegiando os hospitais gerais.

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os resultados apresentados pelo estudo empírico confirmaram a hipótese de que a qualidade média alcançada pelo PCIH nos hospitais públicos, estaduais de Salvador estivesse em torno de 70% dos valores previstos pela Portaria da SESAB 1.083/2004, apenas em relação ao nível de desempenho 1, o mesmo não ocorreu para os níveis de desempenho 2 e 3.

A análise dos resultados possibilitou identificar que a qualidade média do PCIH nos hospitais públicos, estaduais, acima de 100 leitos, do Município de Salvador foi de 81,71%, em nível 1, desempenho considerado bom; de 57,68% em nível 2, desempenho considerado regular e 23,12% em nível 3, desempenho considerado insuficiente, conforme a Portaria 1.083/2004. Vale salientar que a Portaria da SESAB nº 1.083/2004 considera a qualidade global, o somatório de todos os níveis de desempenho, o que do ponto de vista metodológico não obedece aos critérios de mensuração da qualidade, dado tratar-se de questões de natureza diferente, contudo esta Portaria foi utilizada neste estudo, por ser o instrumento usado na prática dos Serviços de Saúde da SESAB.

Em termos gerais, em nível 1 o percentual de desempenho dos hospitais especializados superou o encontrado nos hospitais gerais, embora, em ambos, a qualidade seja considerada boa. Isto evidencia que os hospitais desenvolvem ações consideradas indispensáveis para a qualidade e prevenção das IH.

Observou-se o atendimento das variáveis de estrutura nas organizações hospitalares, principalmente em nível 1, das 9 variáveis de estrutura, 8 (88,89%) foram atendidas em 80% dos hospitais, apenas uma variável (11,11%) foi considerada não se aplica em 66,7% dos hospitais. Em nível de desempenho 2 o atendimento foi parcial, 77,8% dos hospitais atenderam a única variável existente neste nível. O não atendimento destas variáveis ocorreu apenas em nível 3, interferindo negativamente na qualidade do PCIH, que se mostra

insuficiente nesse nível. Assim, na maioria dos hospitais, todas as condições básicas de estrutura são oferecidas aos membros do SCIH para o desenvolvimento do PCIH. Isso evidencia que sem investir em melhorias contínuas de estrutura e processos, não é possível alcançar bons resultados.

Foi constatado que das 22 variáveis de processo em nível de desempenho 1, 3 (13,63%) não foram atendidas em mais de 50% dos hospitais, e duas variáveis (9,09%) foram consideradas não se aplica em 5 hospitais. Em nível de desempenho 2, das 18 variáveis de processo, 7 (38,89%) não foram atendidas em mais de 50% dos hospitais. E em nível de desempenho 3, das 8 variáveis de processo 7 (87,5%) não foram atendidas em mais de 60% dos hospitais. O nível de desempenho 3 é assim o mais difícil de ser alcançado.

Observou-se que a variável resultado foi a menos atendida nos hospitais, tanto em nível 1 quanto em nível 2. Em nível 1, das 8 variáveis de resultado 4 (50,0%) não foram atendidas na maioria dos hospitais. Em nível 2, das 3 variáveis de resultado, as 3 (100%) não foram atendidas na maioria dos hospitais. Isto demonstra que não está ocorrendo a avaliação do PCIH e que é preciso avançar na avaliação dos resultados do PCIH.

Algumas vezes, foi percebido que as não conformidades foram ocultadas ou os entrevistados davam outras interpretações para questões tecnicamente consideradas claras, apresentando argumentos que, do ponto de vista prático, não se sustentam. Para mudar esta situação, é preciso ter conhecimento dos atos e, caso algo não esteja sendo realizado, é fundamental que seja identificado, assim como suas causas, para que possam ser traçadas estratégias de ação. Sabe-se que o primeiro passo para iniciar a resolução de um problema é admitir sua existência.

A avaliação da qualidade é um processo que exige maturidade e deve ser vista como forma de crescimento, tanto para avaliadores quanto para avaliados. Não pode ser associada à visão tradicional de busca e punição de culpados. Seu objetivo é uma inovação, em termos

culturais, pois visa à diminuição das oportunidades de erros, à redução da existência de culpados, evitando retrabalho e desperdício, sendo uma estratégia de desenvolvimento profissional.

Assim, o processo de avaliação exige conhecimento do avaliador e do avaliado. A equipe precisa entender o que é uma avaliação e que seu objetivo visa ao aperfeiçoamento e à correção dos problemas encontrados, que servem de guia para a implantação de estratégias que venham a garantir um serviço de qualidade.

Conforme os dados apresentados, pode-se afirmar que o enfermeiro é um elemento ativo como agente do PCIH. Como, culturalmente, os enfermeiros têm dificuldades em discutir com os médicos as políticas preconizadas para controle da IH e como não possuem conhecimento técnico sobre protocolos médicos, faz-se necessária uma atuação maior dos médicos do SCIH.

Algumas questões relativas ao trabalho do médico do SCIH não foram atendidas nesta avaliação, tais como: ausência de protocolos de controle de resistência bacteriana; discussões de casos de IH com a equipe médica das áreas críticas; investigação sobre o aparecimento de novos agentes infecciosos; definição em parceria com as equipes médicas da UTI de protocolos para uso de antimicrobianos; informações aos usuários e/ou familiares sobre a situação clínica destes usuários.

A falta de evidência, através da ausência de registros, seja em relatórios e/ou documentos, constituiu-se um fator para que não fossem consideradas algumas questões. As boas práticas de CCIH recomendam que as reuniões tenham atas e que os relatórios sejam completos, com interpretações e análises. Em suma, nos hospitais pesquisados, os registros precisam ser melhorados. Desta forma, a ausência de registros fez com que não fosse considerado o que se poderia comprovar através deste procedimento. A demonstração da qualidade inclui a documentação dos resultados obtidos.

A presença de profissionais especializados como membros do SCIH foi um fator relevante no resultado da pesquisa, uma vez que se supõe que tenham a capacitação científica necessária para o desenvolvimento do trabalho.

Os resultados encontrados indicam a necessidade de maior interação entre os membros do SCIH e os líderes dos serviços, para que, efetivamente, todos os aspectos técnicos conhecidos como indicadores de qualidade sejam adotados.

Foi ainda constatado que quanto maior o nível de desempenho, menor o atendimento às questões de estrutura, processo e de resultado. Isso pode ser decorrente da imaturidade na contextualização da avaliação em um programa de ciclo de melhorias. Dessa forma, sem a devida cobrança para evitar resultados insatisfatórios não há amadurecimento no processo e, conseqüentemente, no resultado. A atuação da SESAB pode não ter atingido ainda o nível adequado de *feed-back* e cobrança de melhorias nos hospitais por ela geridos. Estes, por sua vez precisam amadurecer na avaliação e divulgação corretas dos indicadores de qualidade.

Embora o PNCIH tenha sido criado há 23 anos, apenas há nove anos os hospitais foram obrigados a constituírem um PCIH. Este estudo mostra a necessidade de avançar nos indicadores de avaliação de processo e resultado, assim como no aperfeiçoamento da Portaria da SESAB nº 1.083.

Como afirma Rodrigues (1997), mudanças na cultura organizacional demandam tempo, assim são necessários anos de perseverança para sedimentar a proposta e permitir que seja certificado o sucesso dos resultados.

Avaliar o PCIH de maneira sistematizada é um caminho para garantir a assistência com qualidade e a melhoria contínua. Assim, fazem-se as seguintes recomendações:

1- Em relação as variáveis de estrutura:

- Estabelecer foco na prevenção da IH; readequar o processo de trabalho da equipe do SCIH, com definição de estratégias. É também, necessário restabelecer novas estratégias.

- Realizar um trabalho direcionado aos hospitais especializados, devendo ser a eles dispensados maior atenção e controle das ações do PCIH;

- Realizar um trabalho com os membros do SCIH, objetivando: ampliar o conhecimento dos membros do SCIH, desmistificar os objetivos da avaliação da qualidade; enfatizar a importância dos registros como evidências objetivas do cumprimento das ações e aumentar o conhecimento sobre epidemiologia e estatística, a fim de realizar mensurações dos resultados ou dos itens de controle;

2- Em relação as variáveis de processo:

- Melhor administração do tempo de trabalho e disciplina dos membros do SCIH, para realização das ações programadas do PCIH. Faz-se necessário, ainda, distribuir o tempo de trabalho dos membros do SCIH entre as ações de vigilância, treinamento e avaliação;

- Desenvolver um trabalho de sensibilização da dimensão inter-pessoal da qualidade;

- Capacitar os colaboradores das áreas de maior risco para aquisição de IH, havendo garantia de participação dos colaboradores nestes programas;

- Melhorar as notificações dos casos de IH entre hospitais, maior rigor no controle destas notificações entre organizações hospitalares;

- Usar a tecnologia da informação de modo a permitir a participação dos usuários nos processos decisórios de maneira mais bem informada e competente, envolvendo-os também nas ações educativas;

- Divulgar informações sobre a prevenção e o controle da IH entre os usuários dos Serviços de Saúde, através dos Conselhos Municipais de Saúde;

- Maior atuação do profissional médico nas ações do PCIH;

- Definir protocolos de uso de antimicrobianos, em parceria com a equipe médica da UTI; reuso de artigos com a equipe da CME, e de resistência microbiana com o laboratório de microbiologia;

- Investigar o aparecimento de novos agentes infecciosos.

3- Em relação as variáveis de resultado:

- Desenvolver trabalhos em equipe, envolvendo líderes, profissionais e os membros do SCIH, com a finalidade de obter resultados mais favoráveis e maior compromisso de todos;

- Avaliar semestralmente os resultados alcançados pelo PCIH;

- Realizar a análise dos indicadores do sistema de vigilância epidemiológica, incluindo a taxa de permanência e ocupação;

- Obter o nível endêmico de IH;

- Incluir nos relatórios as infecções preveníveis;

- Realizar estudos que relacionem o nível de desempenho do PCIH entre hospitais gerais e especializados e entre avaliação do PCIH e taxas de IH.

Em relação ao instrumento normativo (Portaria da SESAB nº 1.083) aperfeiçoá-la no sentido de identificar a qualidade, diferenciando por nível de desempenho e não tendo uma avaliação global.

Tais recomendações buscam somar informações e instrumentos de ações concretas para melhoria da qualidade do PCIH nas organizações hospitalares baianas.

REFERÊNCIAS

AMH: Accreditation Manual for Hospitals. Oakbrook Terrace, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1992.

ANTUNES, A.V. **O gerenciamento da qualidade na enfermagem.** 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023:** informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, ago. 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520:** informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, ago. 2002.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Sistematização do Conhecimento em Serviços de Saúde: Programa de controle da qualidade hospitalar. **CQH**, v. 11, n. 6, p. 2, abr. 1993.

AZEVEDO, A. et al. **Gestão por processos abordagem indispensável na saúde.** Qualidade em Saúde, v. 9, p. 28-32, jan./mar. 2004.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 1018, de 2003: método para implantação de programas de melhoria da qualidade assistencial.** Salvador, 2003a.

BAHIA. Secretaria da Saúde. COGESTEC. **Projeto monitorando qualidade na assistência:** material de base para os trabalhos. Salvador, 2003b. xerocopiado.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 1083, de 15 de maio de 2001: Padrões de qualidade da assistência para auto-avaliação hospitalar com foco no controle de infecção hospitalar.** 2. ed. Salvador, 2004.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Programa estadual de controle de infecção hospitalar.** Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br>>. Acesso em: 20 jan. 2005.

BITTAR, O.J.N.V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Rev. Assoc. Méd. Bras**, São Paulo, v. 46, n. 1. jan. /mar. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 196, de 24 de junho de 1983. **Diário Oficial da União.** [República Federativa do Brasil], Brasília, DF, v. 71, n. 1222, Seção 1, p. 113-119, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional da Saúde.** Brasília, DF. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 232, de 06 de abril de 1988. **Diário Oficial da União,** Brasília, 11 abr. 1988.

BRASIL. Constituição da República Federativa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 set. 1988. Seção A;191.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. **Lei n 8.078 de 11 de setembro de 1990: Dispõe sobre Código de Proteção e Defesa do Consumidor e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/DPDC/servicos/legislacao/pdf/cdc.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992: Expede instruções para o controle de infecção hospitalar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 12279-12281, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196: Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 9 431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais do país. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 265, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Expede na forma de anexos às diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 133, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 48 de 2 de junho de 2000. Expede o roteiro de inspeção do PCIH. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 27.2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 4. ed. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 382, de 10 de março de 2005: Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde.** Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/avalia/PNASS.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2005.

CAMALIONTE, M.L.V. Aprimoramento de recursos humanos para o controle de infecção. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1679. v. 2.

CERQUEIRA, M.C.M. et al. Controle de infecção hospitalar e educação em serviço: relato de experiência sobre metodologia de treinamento. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 9, 2004. **Anais...** Salvador, 2004.

CERQUEIRA, M. C. M. et al. Frequência de colonização por streptococcus do grupo B entre gestantes atendidas em um laboratório filantrópico de um hospital especializado de Salvador-Ba. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 9, 2004. **Anais...** Salvador, 2004.

CERQUEIRA, M. C. M. et al. Indicadores epidemiológicos NNISS da UCI neonatal de um hospital filantrópico de Salvador - BA, no período de 2000 - 2001. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 8, 2002. **Anais...**, Curitiba, 2002. p. 816.

CERQUEIRA, M. C. M. et al. **Surto de S. epidermidis resistente a oxacilina em uma UCI-neonatal na cidade de Salvador**. In: VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, Curitiba, p. 273. 2002.

CERQUEIRA, M. C. M. et al. **Índices de colonização e de infecção relacionados a cateteres venosos centrais estratificados pelo número de lúmens dos cateteres**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA E INFECÇÃO HOSPITALAR, 5, 1996, Rio de Janeiro, **Anais...** Rio de Janeiro, 1996.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CIANCIARULLO, T.I. (Org). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 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. Minas Gerais: MEDSI, 2003. 904p.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G. Epidemiologia hospitalar. In: 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. Minas Gerais: MEDSI, 2003. p. 93 – 155.

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

DAVIS, F.S. **Qualidade total de saúde**. São Paulo: STS, 1994.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1980. 1 v.

DONABEDIAN. Criteria, norms and standards of quality: What do they mean? **Am. J. Public Health**, v. 71, n. 4. p. 409-412, 1981.

DONABEDIAN. The quality of care: how can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, p. 1.743-1.748, 1988.

FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação**. São Paulo: Martinari, 2004. 250 p.

FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. 2 v.

FERNANDES, A.T.; NOCA, C.R.S. Do controle de infecção ao controle de qualidade. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1706-21.

FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V. Organização e Programa do Controle das Infecções Hospitalares. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1461-1481.

FNPQ. Fundação Prêmio Nacional de Qualidade, Critério de Excelência, 1997. Disponível em: <<http://www.fpnq.org.br>>. Acesso em: 10 set. 2005.

GARNER, J.S. CDC guidelines for the prevention and control of nosocomial infections: guideline for surgical wound infections, 1985. **Am J Infect Control**, v. 14, p. 71-80, 1986.

GASTAL, F. **ONA: Acreditação no padrão brasileiro. Controle de infecção**. Becton Dieckson Indústrias Cirúrgicas 2004. Ano XIII, n. 57.

GOLDMANN, D.A. et al. Infection control in Latin America. **Infect. Control Hosp. Epidemiol**, v. 9, p. 291-301, 1988.

HALEY, R.W. et al. Estimating the extra charges and prolongation of hospitalization due to nosocomial infections: a comparison of methods. **J. Infect. Dis.** v. 141, p. 248-57, 1980.

HALEY, R.W.; GARNER, J.S. **Infection surveillance and control programs**. In: BENNETT, J.V.; BRACHMAN, P.S. (Ed.): Hospital Infections. 2. ed. Boston: Little Brown, 1986. p. 39-50.

HARTZ, Z. (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HIERHOLZER, Jr.; W.J. **La practica de la epidemiologia em los hospitales**. In: Paganini, M.J.; Novaes, H.D. (Ed.): Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud em la transformacion de los sistemas nacionales de salud: la garantia de calidad: el control de infecciones hospitalarias. Washington, OMS/OPAS, 1991. p. 240-7. Série HSD/ SILOS, n. 12.

HUGHES, J.M. **Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Projet): results and implications for the future**. Chemoth, v. 34, p. 553-61, 1988.

JCAHO, Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations. Headlin News HON 2002. Disponível em <<http://www.jcaho.org>>. Acesso em: 05 de jan. 2005.

LEVY, C.E. Laboratório de Microbiologia. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; NELSON FILHO, R. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1565-6.

KHOURY, H.J.; ELIAS, M.A.B. Recursos humanos e o controle de infecção hospitalar. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; NELSON FILHO, R. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1673.

MALIK, A.M. **Avaliação, qualidade e gestão**. São Paulo: Senac, 1996a. p. 10-4.

MALIK. A.M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cadernos Fundap**, v. 19, p. 7-24, jan./abr. 1996b.

MALIK. A.M; SCHIESARI, L.M.C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Fundação Peiropólis, 1998. (Série Saúde & Cidadania, n.3).

MARTINS, R.M. Avaliação do Papel das comissões de controle de infecção hospitalar. In: RODRIGUES, E.A.C. et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Savier, 1997. p. 28-36.

MELLO, J.B. CAMARGO, M.O. **Qualidade na saúde: práticas e conceitos: Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial**. São Paulo: Best Seller, 1998.

MENDES, V.L.P.S. Gerenciando qualidade em serviço de saúde. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n.3/4, p. 211-225. jul./dez. 1993.

MENDES.V.L.P.S. **Gerenciando qualidade em serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001.301 p.

MISOCZKY, M.C.; VIEIRA, M.M.F. Desempenho e qualidade no campo das organizações públicas: uma reflexão sobre significados. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, p. 163-177, set./out. 2001.

NETTLEMAN, M.D. Global aspects of infection control. **Infect. Control Hosp. Epidemiol**, v. 14, p. 646-648, 1993.

NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. 176 p.

NOVAES, H.M.; PAGANINI, J.M. **Padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil): desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde**. Washington (DC): (OPAS/OMS, 108, 1994).

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

PARANTHAMAN, D. **Controle da qualidade**. TTTI Madras. Tradução de Flavio Deny Steffen. São Paulo: MacGraw-Hill, 1990.

PEDROSA, T.M.G.; CARVALHO, E.A.A.; COUTO, R.C. Eficácia dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar – Impacto nos custos da assistência médica. In: 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. Minas Gerais: MEDSI, 2003. p. 37-42.

PEREIRA, A. **Qualidade dos cuidados de enfermagem: avaliação nos hospitais universitários brasileiros**, 1985. 132 f.. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1985.

PEREIRA, M.S. et al. Avaliação de serviços de apoio na perspectiva do controle de infecção hospitalar. **Rev Eletr. Enf. Goiânia**, v. 1, n. 1 out. 1999.

PISTONO, M.H. **Dimensões da qualidade e gestão da qualidade total em organizações médico-hospitais**. Rio de Janeiro, 146-147, 1995.

PRADE, S.S. et al. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. **Rev Controle Inf. Hospitalar**, v. 2, p. 11-25, 1995.

PRADE, S.S. **Da avaliação à informação em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2004. 207 p.

POLLIT, C.; BOUCKAERT, G. (Ed.). **Quality improvement in European public services**. London: Sage, 1995. p. 20-28.

RODRIGUES, E.A.C. et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Savier, 1997. 669 p.

SETO, W.H. et al. Brief report: the utilization of influencing tactics for the implementation of infection control policies. **Infect. Control Hosp. Epidemiol**, v. 11, p. 144-150, 1990.

SGARBI, L.P.S.; CONTERNO, L.O. Estruturação e Dinâmica das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar. In: RODRIGUES, E.A.C. et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Savier, 1997. p. 37-41.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SILVA, L.M.V. Avaliação do Processo de Descentralização das Ações de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 331-339, 1999.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 3. ed. **Rev. Atual**, Florianópolis. 2001. 121p.

SILVA, R.F. A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, jan./fev. 2003.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. **Interface –Comunic, Saúde, Educ**, ago. 2000.

TAHARA, A.T.S.; GUNJI, A. Como medir a qualidade da assistência hospitalar e como operacionaliza-la. **Kango Bumon**, Nissoken, 1993.

TRILLA, A. Epidemiology of nosocomial infections in adult intensive care units. **Intensive Care Med.**, v. 20 (Supl. 3), p. 51-4, 1994.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas. 1987. 175 p. p. 33-41.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Cad. Ci e Tecnol**, v. 3, p. 17-24, 1991.

WENZEL, R.P. Expanding roles of hospital epidemiology: quality assurance. **Infect. Control Hosp. Epidemiol**, v. 10, p. 255-6, 1989.

WENZEL. Quality assessment: an emerging component of hospital epidemiology. **PAHO/WHO and LAFH, HSD/ SILOS**, Washington, v. 13, p. 120-35, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Health Indicators Catalogue**, 1996.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

ZANON, U. Etiopatogenicidade das complicações das infecções hospitalares. In: 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. Minas Gerais: MEDSI, 2003. p. 9-42.

APÊNDICE - Consentimento livre e esclarecido

Salvador, ____ de _____ de 2005.

Prezado (a) Senhor (a):

Sou Mariane de Carvalho Machado Cerqueira, aluna do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado em Enfermagem e estou desenvolvendo uma investigação que procura fornecer ferramentas para a transformação organizacional do trabalho em saúde, colaborando com a construção de um conhecimento sobre a qualidade do programa de controle da infecção hospitalar (PCIH) nos hospitais públicos de Salvador.

O objetivo principal deste estudo é avaliar a qualidade do PCIH nos hospitais públicos, estaduais de Salvador, quanto a estrutura, processo e resultado. Objetiva também identificar a interferência da estrutura, do processo e do resultado na qualidade do PCIH e avaliar a qualidade global em relação aos níveis de desempenho do PCIH.

Para obter esses objetivos, necessito de sua colaboração, através do fornecimento de algumas informações sobre o PCIH na sua organização.

Sua participação é essencial, mas não é obrigatória. Você tem plena liberdade para aceitar ou recusar responder a este formulário. Tenha a certeza de que sua identificação será mantida em sigilo, não sendo revelada em nenhuma etapa da pesquisa.

Atenciosamente,

Mariane de Carvalho Machado Cerqueira

Aceito participar da pesquisa

ANEXO A - Instrumento de coleta de dados

Portaria nº 1.083 da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Unidade temática: Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH

NÍVEL I

Estruturação do PCIH

Nº	ITENS	RESULTADO	
4	Existe o PCIH?	(SIM)	(NÃO)

Verificar se existe algum documento da direção do hospital que registre a implantação do PCIH, segundo a Portaria Federal 2,616/98 ou outra que a complemente ou substitua.

5	O PCIH é constituído por profissionais de nível superior:		
	5.1 REPRESENTANTE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM?	(SIM)	(NÃO)
	5.2 REPRESENTANTE DA ÁREA MÉDICA?	(SIM)	(NÃO)
	5.3 REPRESENTANTE DO SERVIÇO DE FARMÁCIA?	(SIM)	(NÃO)
	5.4 REPRESENTANTE DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR?	(SIM)	(NÃO)
	5.5 REPRESENTANTE DO LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA?	(SIM)	(NÃO)
	5.6 ENFERMEIRO EXECUTIVO DO SERVIÇO?	(SIM)	(NÃO)
	5.7 MÉDICO EXECUTIVO DO SERVIÇO?	(SIM)	(NÃO)
	5.8 OUTROS PROFISSIONAIS EXECUTIVOS DO SERVIÇO?	(SIM)	(NÃO) (NSA)

Verificar se existe algum documento da direção do hospital indicando nominalmente os representantes consultores e executores para compor a CCIH.

Verificar se todos os serviços estão representados. Observar se os componentes transmitem as decisões para os serviços que representam. Entrevistar os membros da CCIH sobre quais funções exercem na Comissão, com, o objetivo de verificar a efetividade das ações deliberadas em reuniões.

6	O PCIH possui um plano de trabalho com definição de resultados a serem alcançados no ano em curso?	(SIM)	(NÃO)
---	--	-------	-------

Considerar a existência de um planejamento escrito e disponível em que estejam definidos os resultados a serem alcançados no ano em curso.

7	O PCIH avalia os resultados alcançados, no mínimo a cada seis meses, segundo o planejamento estabelecido?	(SIM)	(NÃO)
---	---	-------	-------

Verificar se existem, por escrito e disponíveis, avaliações dos resultados alcançados pelo PCIH, segundo o planejamento pré-definido.

8	O PCIH atua baseado em conhecimento científico atualizado, normas nacionais, estaduais ou internacionais?	(SIM)	(NÃO)
---	---	-------	-------

Verificar se as ações técnicas indicadas pelo PCIH são baseadas em fontes da literatura nacional, internacional e estadual, através das referências registradas, mesmo que somente na CCIH, sobre as indicações de procedimentos.

EDUCAÇÃO/NORMALIZAÇÃO

9	O PCIH elabora programas de educação com enfoque na prevenção e controle de infecções?	(SIM)	(NÃO)
---	--	-------	-------

Verificar se existe, por escrito e disponível, algum plano de educação para o hospital.

10	O PCIH realiza os programas de educação?	(SIM)	(NÃO)
----	--	-------	-------

Verificar se existe, por escrito e disponível, algum registro da participação de profissionais do hospital nas ações de educação planejadas pelo PCIH.

10.1	Para áreas consideradas de maior risco?	(SIM)	(NÃO)
------	---	-------	-------

Verificar se existe, por escrito e disponível, registro da participação de profissionais de todas as áreas consideradas de risco para infecção, a exemplo de Unidades de terapia Intensiva, Unidades Neonatais, dentre outras, nesses programas; se há planejamento destinado a esse fim específico, incluindo tais profissionais.

11	O PCIH divulga as normas para prevenção e controle das infecções hospitalares?	(SIM)	(NÃO)
----	--	-------	-------

Verificar se existe, por escrito e disponíveis, em todos os serviços do hospital, orientações referentes à prevenção e ao controle das infecções hospitalares.

12	O PCIH possui um cronograma de visita técnica aos serviços?	(SIM)	(NÃO)
----	---	-------	-------

Verificar se existe, por escrito e disponível, um cronograma de visita a todos os serviços da assistência direta (unidades de internação e de cuidados intensivos dentre outros) e assistência indireta (lavanderia, central de material e esterilização, serviço de nutrição e dietética, dentre outros).

13	O PCIH realiza as visitas técnicas aos serviços conforme programado?	(SIM)	(NÃO)
----	--	-------	-------

Verificar se existe, por escrito e disponível, algum tipo de registro de realização de visita às áreas da assistência direta ou indireta, segundo cronograma pré-definido.

14	O PCIH utiliza critérios para diagnósticos das infecções hospitalares?	(SIM)	(NÃO)
----	--	-------	-------

Verificar se existe, por escrito e disponíveis, os critérios para diagnóstico das infecções hospitalares.

15	O PCIH usa rotineiramente método de vigilância:		
----	---	--	--

15.1	Prospectivo?	(SIM)	(NÃO)
------	--------------	-------	-------

O paciente começa a ser avaliado no momento da admissão e continua sendo periodicamente, no decorrer da hospitalização, até o momento da saída.

15.2	Retrospectivo?	(SIM)	(NÃO)
------	----------------	-------	-------

O paciente é avaliado através da revisão do prontuário, após a saída do hospital; essa avaliação se estende à data da admissão, seja em situações específicas, seja em casos de surtos.

15.3	De prevalência?	(SIM)	(NÃO)	(NSA)
------	-----------------	-------	-------	-------

É uma avaliação fotográfica e, portanto, pontual, dos fenômenos e situações específicas.

16	O PCIH utiliza como fonte de coleta de dados:		
----	---	--	--

16.1	Resultados de exames microbiológicos?	(SIM)	(NÃO)
------	---------------------------------------	-------	-------

Verificar, no laboratório de microbiologia, se existe rotina de fornecimento de resultados bacteriológicos para os membros executivos do PCIH.

16.2	Outras informações de enfermagem?	(SIM)	(NÃO)
------	-----------------------------------	-------	-------

Entrevistar a enfermeira, membro executivo do PCIH, para verificar se são usadas essas duas fontes de informação.

16.3	Laudos de exames radiológicos, endoscópicos, de patologia e outros?	(SIM)	(NÃO)
------	---	-------	-------

Verificar se são utilizados os resultados desses exames como fonte de informações para o controle de infecção hospitalar.
Entrevistar o responsável pelo CCIH.

16.4	Informações do Serviço Arquivo Médico Estatístico?	(SIM)	(NÃO)
------	--	-------	-------

Entrevistar membros executivos do PCIH para saber que fontes de dados, provenientes do SAME, são utilizadas.

17	O PCIH registra os dados durante a vigilância epidemiológica, em formulário padronizado?	(SIM)	(NÃO)
----	--	-------	-------

Verificar se há um instrumento padrão para levantamento dos dados epidemiológicos.

18	O PCIH utiliza rotineiramente, como denominador para cálculo dos indicadores:		
----	---	--	--

18.1	Saída total dos pacientes do hospital?	(SIM)	(NÃO)
------	--	-------	-------

18.2	Saída de pacientes por unidades?	(SIM)	(NÃO)
------	----------------------------------	-------	-------

Verificar se há registros na CCIH.

Vigilância Epidemiológica

19	O PCIH realiza rotineiramente a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares:		
----	---	--	--

19.1	Por objetivos?	(SIM)	(NÃO)
------	----------------	-------	-------

Os objetivos finais determinam as estratégias de ação; ao invés de se estabelecer a vigilância de acordo com as áreas geográficas, focalizam-se tipos de infecção a serem prevenidos, determinando prioridades e procurando definir níveis de esforços de vigilância de acordo com a severidade dos problemas.

19.2	Dirigida?	(SIM)	(NÃO)
------	-----------	-------	-------

Consiste no direcionamento de ações de vigilância e prevenção das infecções para áreas consideradas críticas ou para problemas identificados na instituição. Pode ser dividida em vigilância por sítio específico; vigilância por unidade específica; vigilância rotativa (realizada em unidades ou serviços diferentes a cada período de tempo); vigilância de surtos (reconhecimento e controle de surtos).

A vigilância dirigida deve ser baseada em um diagnóstico prévio da instituição, com detecção de problemas a serem resolvidos.

20	O PCIH elabora relatórios sobre os dados coletados?	(SIM)	(NÃO)
----	---	-------	-------

Verificar se existe, por escrito e disponível, algum relatório sobre os indicadores epidemiológicos das infecções hospitalares.

21	No relatório elaborado pelo PCIH consta:		
	21.1 Interpretação dos dados?	(SIM)	(NÃO)

Verificar se, para cada tabela ou gráfico emitido, existe a explicação dos pontos relevantes de cada informação individualmente.

	21.2 Análise dos dados?	(SIM)	(NÃO)
--	-------------------------	-------	-------

Verificar se, no texto, há análise relacionando os dados atuais com nível endêmico ou média esperada, os dados atuais com literatura mundial, os dados atuais com resultado de medidas implantadas e sugestões de medidas em relação às variações dos índices de IH. Considerar sim, se dois dos itens relacionados estiver presente.

22	O PCIH, ao receber as informações oriundas do sistema de vigilância epidemiológica:		
	22.1 DIVULGA-AS PARA A DIREÇÃO DO HOSPITAL?	(SIM)	(NÃO)
	22.2 DIVULGA-AS PARA OS LÍDERES DOS SERVIÇOS?	(SIM)	(NÃO)
	22.3 DIVULGA-AS PARA OS PROFISSIONAIS DE UMA FORMA GERAL?	(SIM)	(NÃO)
	22.4 DISCUTE OS DADOS COM OS LÍDERES E PROFISSIONAIS?	(SIM)	(NÃO)

Verificar presença de registro

Visitantes e Clientes

23	A puérpera recebe orientações sobre como cuidar do recém-nascido (curativos, banho e outros) durante a internação?	(SIM)	(NÃO)	(NSA)
----	--	-------	-------	-------

Verificar se há registro em prontuário, relatando as orientações dadas ao paciente. Entrevistar no mínimo três puérperas para comprovação.

NÍVEL II**Estruturação do PCIH**

Nº	ITENS	RESULTADO	
3	Existe uma área física específica para o funcionamento da CCIH?	(SIM)	(NÃO)
Verificar a existência de um espaço físico, exclusivo, para o funcionamento da CCIH que tenha, no mínimo, mesa de reunião, cadeiras, arquivo, máquina de escrever ou computador.			
4	O sistema de gerenciamento de informações dá suporte ao PCIH?	(SIM)	(NÃO)
Verificar se o serviço de arquivo médico e estatística fornece sistematicamente dados à CCIH.			
5	O PCIH abrange as ações de todas as áreas do hospital?	(SIM)	(NÃO)
Verificar se existe, por escrito e disponível, algum registro sobre a atuação do PCIH nos diversos serviços do hospital (administrativos e técnicos).			
Educação/Normalização			
6	O PCIH, em relação às ações educativas:		
6.1 Envolve lideranças do hospital?		(SIM)	NÃO
Verificar se existe registro, no planejamento de alguma ação educativa, da participação de lideranças dos diversos serviços. Se faltar o registro da participação da liderança de um dos serviços, a resposta deve ser NÃO.			
6.2 Divulga para as lideranças dos serviços, através de relatórios ou outros, a participação nas ações educativas?		(SIM)	(NÃO)
Verificar se existe registro do percentual de participação, por serviço, nas ações educativas planejadas. Se faltar o registro de algum serviço, a resposta deve ser NÃO.			
6.3 Participa de ações educativas promovidas por outros serviços do hospital?		(SIM)	NÃO
Verificar se existe registro da participação dos membros executores ou consultores da CCIH em alguma ação educativa realizada pelos serviços do hospital.			
6.4 Participa de ações educativas promovidas por entidades externas à instituição?		(SIM)	NÃO
Verificar se existe registro, através de certificados, de participação dos membros executores ou consultores da CCIH em alguma ação educativa externa à instituição.			
7	O PCIH define, em parceria com as equipes médicas das unidades de terapia intensiva, protocolos para uso de antimicrobianos?	(SIM)	(NÃO)
Verificar registro que comprove a existência de protocolo de uso de antimicrobianos no hospital, elaborado com a participação da CCIH.			

8	O PCIH discute, com líderes dos serviços e outros profissionais, a implementação de normas técnicas?	(SIM)	(NÃO)
---	--	-------	-------

Verificar se existe algum registro, em agendas, súmulas ou atas de reuniões, de discussão com os serviços sobre a implementação de alguma rotina ou procedimento técnico. Entrevistar, aleatoriamente, um profissional de cada categoria sobre a sua participação ou de outros, no processo de implantação de rotina.

Vigilância Epidemiológica

9	A CCIH inclui e relaciona, na análise dos dados epidemiológicos das infecções, informações sobre outros indicadores hospitalares, a exemplo de taxa de permanência e ocupação?	(SIM)	(NÃO)
---	--	-------	-------

Verificar se, nos relatórios da CCIH, consta a correlação dos dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções com os dados referentes à taxa de ocupação e permanência do hospital.

10	Possui informações do nível endêmico ou média esperada de doentes com IH?	(SIM)	(NÃO)
----	---	-------	-------

O nível endêmico é o volume do fenômeno em observação (infecções hospitalares) esperado ou considerado normal para o período, tomando-se por base as taxas máxima e mínima e a média das observações do fenômeno, obtidas em períodos anteriores a sua formulação. À faixa de normalidade dá-se o nome de nível endêmico.

Para calcular o nível endêmico ou média esperada, são necessários, no mínimo, seis blocos de dados levantados. Inicialmente podem-se ter seis meses de dados coletados, seis cortes de prevalência, ponto ou período e assim por diante.

O nível endêmico ou média esperada é utilizado para servir de parâmetro a futuras e ininterruptas avaliações da qualidade da assistência hospitalar. Cada mês deve ser lançado no gráfico que tenha o nível endêmico demarcado, para avaliar sua posição em relação ao esperado para o período. Caso as taxas superem a média, é sinal indicativo de que está havendo um aumento. Se ultrapassarem ou chegarem próximas ao limite superior da curva, está havendo um surto ou epidemia e é preciso iniciar imediatamente uma investigação epidemiológica. Caso as taxas do mês fiquem abaixo da média, próximo ou abaixo do limite inferior, poderá estar havendo uma redução das taxas de infecção; nesse caso, pode ser que a coleta de dados tenha sido mal feita, tenha havido mudança no método de coletar dados ou perda de casos de infecção. Visualmente o nível endêmico demonstra a situação de cada taxa em cada local do hospital ou cada procedimento relacionado com IH.

11	O PCIH tem registro de investigação epidemiológica?	(SIM)	(NÃO)	(NSA)
----	---	-------	-------	-------

Investigação epidemiológica é qualquer estudo epidemiológico para obtenção de dados complementares que permitam detectar as fontes de infecção e o modo de transmissão da doença. A investigação epidemiológica complementa a informação rotineira. Pode representar atividade que, apesar de complementar, se torna fundamental para apontar ações corretivas e preventivas mais apropriadas, em virtude do conhecimento mais detalhado da situação.

Verificar se existe registro de suspeita ou confirmação de surto no hospital. Caso não tenha havido nenhuma situação desde o início do PCIH no hospital, registrar NSA.

12	No registro de investigação epidemiológica do PCIH consta:			
12.1	O levantamento do problema no tempo, período e pessoal envolvido?	(SIM)	(NÃO)	(NSA)
12.2	Revisão clínica dos pacientes?	(SIM)	(NÃO)	(NSA)
12.3	Definição do caso?	(SIM)	(NÃO)	(NSA)
12.4	Avaliação de informações?	(SIM)	(NÃO)	(NSA)
12.5	Instituição de medidas de controle?	(SIM)	(NÃO)	(NSA)

Verificar, através de entrevista e em relatórios, se são feitas investigações epidemiológicas que se caracterizam por um tipo de ação orientada por algum fator relevante ligado à infecção hospitalar.

13	O PCIH comunica a outros hospitais a admissão de pacientes infecciosos deles provenientes?	(SIM)	(NÃO)
----	--	-------	-------

Verificar se existe registro de notificação de infecções provenientes de outras unidades hospitalares.

14	Existe discussão de casos de infecção hospitalar com a equipe médica, pelo menos das áreas críticas, a exemplo de UTI, Unidade Neonatal, hemodiálise e outras?	(SIM)	(NÃO)
----	--	-------	-------

Verificar se existe registro de discussão de casos com equipe médica das unidades críticas. Entrevistar, pelo menos, um médico de cada unidade sobre a sua participação.

15	A CCIH, ao analisar os dados epidemiológicos, registra no relatório as infecções que poderiam ser prevenidas?	(SIM)	(NÃO)
----	---	-------	-------

Verificar, nos relatórios, se consta indicação de infecções consideradas preveníveis.

Visitantes e Clientes

16	Os pacientes e/ou familiares são informados e orientados sobre sua situação clínica?	(SIM)	(NÃO)
----	--	-------	-------

Verificar se há registro no prontuário das informações e orientações dadas aos pacientes e/ou familiares sobre a sua condição de saúde. Entrevistar no mínimo três pacientes de clínicas diferentes, para comprovação.

Comunicação e Marketing

17	A CCIH desenvolve ações de comunicação e marketing no hospital, com o objetivo de envolver os profissionais nas medidas preventivas de infecção?	(SIM)	(NÃO)
----	--	-------	-------

Verificar se existem registros de campanhas educativas realizadas sobre lavagem de mãos e/ou outras medidas para controle de infecção hospitalar.

NÍVEL III

Estruturação do PCIH

Nº	ITENS	RESULTADO	
2	O PCIH estabelece foco na prevenção de IH?	(SIM)	(NÃO)

Verificar se o PCIH tem, no seu plano de ação, como resultados a serem alcançados, a redução de taxas de infecção consideradas preveníveis, definindo o percentual de redução almejado.

Educação/Normalização

3	O PCIH discute sistematicamente, com lideranças e profissionais, os resultados das visitas técnicas?	(SIM)	(NÃO)
---	--	-------	-------

Verificar se a CCIH tem registro de discussões com lideranças de serviços sobre a qualidade assistenciais, com enfoque na prevenção de infecções hospitalares.

4	O PCIH define, em parceria com a CME, os protocolos de uso e reuso de artigos hospitalares?	(SIM)	(NÃO)
---	---	-------	-------

Verificar se a CCIH tem registrado protocolos de uso e reuso de artigos hospitalares, definidos em conjunto com a liderança do serviço.

5	O PCIH define, em parceria com o laboratório de Microbiologia, protocolos para controle da resistência microbiana?	(SIM)	(NÃO)
---	--	-------	-------

Verificar se a CCIH tem registro de ações destinadas à identificação e controle de resistência microbiana, assumidas em conjunto com o laboratório de Microbiologia.

6	O PCIH define, em parceria com o Programa de Saúde e Higiene Ocupacional, protocolos de segurança do profissional?	(SIM)	(NÃO)
---	--	-------	-------

Verificar se a CCIH tem registro de ações destinadas à segurança do profissional, assumidas em conjunto com o Serviço de Saúde e Higiene ocupacional.

Vigilância Epidemiológica

7	O PCIH discute casos de infecção com a equipe da assistência direta e indireta?	(SIM)	(NÃO)
---	---	-------	-------

Verificar se existe algum registro de reunião técnica sobre casos de infecção hospitalar, realizada com a equipe médica.

8	O PCIH investiga rotineiramente o aparecimento de novos agentes infecciosos?	(SIM)	(NÃO)
---	--	-------	-------

Verificar se existe algum registro da CCIH avaliando a flora microbiana do hospital.

Visitantes e Clientes

9	A CCIH divulga, para os visitantes e clientes, material informativo sobre controle de infecção?	(SIM)	(NÃO)
---	---	-------	-------

Verificar se existe, por escrito e disponível, pelo menos na recepção do hospital e na CCIH, material informativo sobre prevenção de infecção, para visitantes e clientes.

10	A CCIH esclarece e orienta os clientes nos casos de infecção hospitalar prevenível ou não?	(SIM)	(NÃO)
----	--	-------	-------

Verificar se existe algum registro de esclarecimentos e orientações dadas pela CCIH ao cliente, sobre o seu Quadro infeccioso e sobre os cuidados necessários a serem tomados.

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa