

Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar em serviços de saúde¹

Mayra Gonçalves Meneguetti²
Silvia Rita Marin da Silva Canini³
Fernando Bellissimo-Rodrigues⁴
Ana Maria Laus³

Objetivos: avaliar os Programas de Controle de Infecção Hospitalar nas instituições hospitalares, quanto aos indicadores de estrutura e processo. Método: trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo, realizado em 2013. A população foi composta por 13 Programas de Controle de Infecção Hospitalar de serviços de saúde, de uma cidade brasileira do interior paulista. Foram utilizados instrumentos de domínio público, disponibilizados no Manual de Indicadores de Avaliação de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar. Resultados: os indicadores com maior média de conformidade foram "Avaliação da Estrutura dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar" (75%) e "Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar" (82%) e os com menores médias foram "Avaliação das Diretrizes Operacionais" (58,97%) e "Avaliação das Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar" (60,29%). Conclusão: o uso de indicadores identificou que, apesar do conhecimento produzido sobre ações de prevenção e controle de infecções hospitalares, ainda existe um grande hiato entre prática e recomendações.

Descritores: Indicadores de Serviços; Avaliação em Saúde; Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar em Serviços de Saúde", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² MSc, Enfermeiro, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Doutor, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondência:

Ana Maria Laus
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: analaus@eerp.usp.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Segundo o Ministério da Saúde⁽¹⁾, a infecção hospitalar é adquirida após a admissão do cliente ao hospital e manifesta-se durante a internação ou após a alta, desde que possa ser relacionada à internação ou aos procedimentos hospitalares. Uma vez que as infecções não se limitam ao ambiente hospitalar, a terminologia Infecção Adquirida em Serviços de Saúde tem sido considerada mais apropriada.

As Infecções Hospitalares (IH) são de grande relevância epidemiológica, por elevarem as taxas de morbidade e mortalidade, ampliarem o tempo de permanência dos pacientes no hospital e, consequentemente, onerarem os custos do tratamento⁽²⁻³⁾.

Estimativas dos países desenvolvidos indicam que, pelo menos 5% dos pacientes admitidos em hospitais adquirem uma infecção⁽⁴⁾. No Brasil, pesquisa⁽⁵⁾ realizada em 2009, em hospital universitário, verificou taxa de prevalência de IH anual média de 8,2%, sendo 149 (29,1%) pneumonias, 136 (26,6%) infecções de corrente sanguínea, 87 (17%) infecções do trato urinário, 57 (11,1%) infecções de cateter central e 47 (9,2%) infecções de sítio cirúrgico.

O monitoramento constante das práticas de saúde deve focar em custos e qualidade para segurança do paciente. A utilização de indicadores clínicos, definidos como medidas quantitativas contínuas ou periódicas de variáveis, características ou atributos de um dado processo ou sistema, vem se tornando uma ferramenta útil para avaliar os serviços de saúde⁽⁶⁾.

Apesar de existir legislação nacional recomendando a instituição de Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) em estabelecimentos de saúde, o atual sistema de avaliação não favorece mensuração, interpretação e qualificação da sua avaliação, o que deve ser considerado insuficiente para determinar a qualidade das práticas assistenciais⁽⁷⁾. Diante deste contexto, julgou-se oportuna a realização do presente estudo, que teve como objetivo avaliar os indicadores de estrutura e processo dos PCIH nas instituições hospitalares do município de Ribeirão Preto.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, realizado no município de Ribeirão Preto, em 2013. Para identificação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar dos

serviços de saúde, consultou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), categorizados em: hospitais públicos, privados ou filantrópicos, gerais ou especializados, excluídos os serviços de saúde para tratamento de doenças mentais.

O município de Ribeirão Preto possuía, no período de coleta de dados, 16 PCIH. A população foi composta por 13 PCIH (81,25%), devido à recusa de participação de três instituições.

Os dados coletados foram obtidos por meio de entrevistas com os membros das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) das instituições participantes e de análise dos documentos, com o intuito de identificar as práticas que compõem cada um dos indicadores avaliados.

Os instrumentos utilizados na forma de indicadores clínicos processuais, previamente construídos e validados⁽⁷⁾ quanto ao seu conteúdo, estão disponibilizados no Manual de Indicadores de Avaliação de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar e são de domínio público.

Para o cálculo dos índices de conformidade da qualidade dos PCIH dos serviços de saúde, adotaram-se as fórmulas recomendadas nos construtos operacionais desses indicadores, com disposição em numeradores e denominadores. Os denominadores sempre correspondem ao total de práticas avaliadas e os numeradores ao total de práticas em conformidade.

Foram considerados ainda dois critérios: 1) conformidades parciais de qualidade dos PCIH, quando as instituições não atendiam completamente às exigências do indicador, tais como: apresentação de manuais de prevenção de IH utilizados pela instituição, porém, desatualizados, ou ainda, parte da documentação comprobatória exigida; 2) não se aplica, quando a instituição não dispunha do serviço, da área ou do tipo de atendimento que estava sendo avaliado.

Os dados foram digitados e armazenados em banco de dados e analisados pelo programa EpiInfo, versão 6. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, CAAE nº02889412.2.0000.5393.

Resultados

Da maioria dos hospitais participantes, nove (69,23%) enquadravam-se na categoria de hospital geral, sete (53,84%) eram instituições privadas com até 70 leitos e quatro (30%) tinham acreditação.

As CCIH estavam constituídas em 100% das instituições e em quase metade dos serviços (46,16%)

há mais de dez anos. Entre os profissionais das CCIHs, 23 (69,69%) atuavam a menos de cinco anos.

Destaca-se que, os 33 (100%) profissionais entrevistados não tinham recebido capacitação específica para atuação neste serviço e nem possuíam especialização na área. Especificamente, em relação à categoria dos enfermeiros, 12 (57%) não dispunham

de experiência prévia e nem especialização na área, enquanto que todos os membros da equipe médica, 12 (100%), informaram ter residência em infectologia.

Ao analisar o Indicador "Avaliação da estrutura técnico-operacional dos PCIH", a média de conformidade das instituições foi de 75%, seis programas obtiveram 100% de conformidade nos itens e um apenas 20% (Tabela 1).

Tabela 1 - Valores de conformidade por item do Indicador de "Avaliação da Estrutura Técnico-Operacional dos Programas de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar" aplicado às instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Indicador 1	Conformidade		Não conformidade		Conformidade parcial		Não se aplica
	n	%	n	%	n	%	
Componente							
A Comissão é representada, no mínimo, por membros do serviço médico, enfermagem e administração.	12	92,31	1	7,69	0		0
Há um regimento que determina o funcionamento da Comissão.	12	92,31	0		1	7,69	0
Há dois profissionais de saúde, com nível superior, que executam ações exclusivas de prevenção e controle de infecção, para cada 200 leitos, sendo que um deles é o enfermeiro.	8	61,54	5	38,46	0		0
O enfermeiro atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 6 horas por dia.	8	61,54	5	38,46	0		0
Há outro profissional, com nível superior, que atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 4 horas por dia.	7	53,85	6	46,15	0		0
A Comissão realiza reuniões periódicas com participação dos membros e lideranças.	10	76,92	1	7,69	2	15,39	0
Há suporte de laboratório de microbiologia e patologia, próprio ou terceirizado.	13	100,00	0		0		0
Há espaço físico delimitado e exclusivo para as atividades diárias, arquivos etc. da Comissão.	8	61,54	4	30,77	1	7,69	0
Há disponibilização de recursos informatizados para as atividades desenvolvidas pela Comissão.	12	92,31	1	7,69	0		0
A administração disponibiliza dados estatísticos (nº de admissões, altas, óbitos, pacientes-dia etc.) para realização de relatórios da Comissão.	10	76,92	3	23,08	0		0
Média		75,38		20,00		4,62	-

Tabela 2- Valores de conformidade por item do Indicador de "Avaliação das Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar" aplicado às instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Indicador 2	Conformidade		Não conformidade		Conformidade parcial		Não se aplica
	n	%	n	%	n	%	
Componente							
Há recomendação para avaliação e encaminhamento de acidentes com perfurocortantes e material biológico.	9	69,23	1	7,69	3	23,08	0
Há recomendação para descarte de resíduos.	8	61,54	0		5	38,46	0
Há recomendação para controle e prevenção de infecções respiratórias.	7	58,33		33,33	1	8,34	1
Há recomendação para controle e prevenção de infecções urinárias.	7	58,33	3	25	2	16,67	1
Há recomendação para controle e prevenção de infecções de corrente sanguínea.	8	61,54	5	38,46	0		0
Há recomendação para controle e prevenção de infecções de sítio cirúrgico.	8	61,54	4	30,77	1	7,69	0
Há recomendação para isolamento de pacientes com doenças infectocontagiosas.	8	66,67	3	25	1	8,33	1
Há recomendação para o uso de antibióticos profiláticos.	9	69,24	2	15,38	2	15,38	0
Há padronização de soluções germicidas e antissépticos.	7	53,85	6	46,15	0		0
Há recomendação de técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais.	8	61,54	3	23,08	2	15,38	0

(continua...)

Tabela 2 - *continuação*

Indicador 2	Conformidade		Não conformidade		Conformidade parcial		Não se aplica
	n	%	n	%	n	%	n
Há recomendação de técnica de higienização de mãos.	9	69,24	2	15,38	2	15,38	0
Há recomendação de rotina de limpeza e desinfecção de superfícies.	9	69,23	3	23,08	1	7,69	0
Há recomendação para lavagem e higienização de roupas utilizadas na instituição.	4	30,77	5	38,46	4	30,77	0
Há recomendação de técnica para coleta de material para realização de culturas.	6	46,16	5	38,46	2	15,38	0
Há recomendação das técnicas de curativos e periodicidade de trocas dos mesmos.	7	53,85	4	30,77	2	15,38	0
Média		59,40		26,07		14,53	-

Três componentes desse indicador foram considerados em conformidade parcial: um relacionado ao regimento interno, ou seja, uma instituição declarou tê-lo, porém não o apresentou por ocasião da entrevista e da avaliação; outro relacionado ao espaço físico, possuindo área delimitada, porém não exclusiva para o serviço; e um quanto à realização periódica de reuniões, em que as instituições apresentaram atas, porém com data anterior há um ano.

O Indicador "Avaliação das Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de IH" obteve média de conformidade de 58,97%, porém apenas uma instituição alcançou 100%, e uma 6,67%.

Os hospitais que apresentaram manuais e rotinas escritas, entretanto desatualizados, ou seja, elaborados há dois anos ou mais, foram categorizados como conformidade parcial. A avaliação desse indicador em serviços especializados, com regime de internação de hospital-dia, teve alguns componentes que não se aplicavam a este processo (Tabela 2).

O Indicador "Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de IH" apresentou média de conformidade de 82%, sendo que seis programas obtiveram 100% de itens conformes e um apenas 11% (Tabela 3).

Tabela 3- Valores de conformidade por item do Indicador de "Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar" aplicado às instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Indicador 3	Conformidade		Não conformidade		Conformidade parcial		Não se aplica
	n	%	n	%	n	%	n
Componente							
Realiza vigilância epidemiológica com periodicidade determinada.	12	92,31	1	7,69	0		0
Realiza vigilância epidemiológica de infecção hospitalar por meio de busca ativa dos casos.	12	92,31	1	7,69	0		0
Realiza busca ativa de casos de infecção hospitalar nas unidades de maior risco.	8	100	0,00		0		5
Monitora com periodicidade e registros regulares os resultados microbiológicos de culturas, que identificam cepas ou espécies de micro-organismos inclusive resistentes.	10	83,33	2	16,67	0		1
Há critérios predeterminados para diagnóstico de infecção hospitalar.	8	61,54	3	23,08	2	15,38	0
Produz relatório periódico dos resultados da vigilância epidemiológica.	12	92,31	1	7,69	0		0
Os relatórios analisam e informam alterações do perfil epidemiológico.	12	92,31	1	7,69	0		0
Os relatórios correlacionam resultados com estratégias de controle e prevenção adotada.	6	46,15	6	46,16	1	7,69	0
Os relatórios são regularmente disponibilizados aos setores e lideranças.	10	76,92	3	23,08	0		0
Os relatórios são regularmente disponibilizados para os órgãos públicos.	100	100	0		0		0
Média		83,72		13,97		2,31	-

Considerou-se conformidade parcial as situações em que não houve comprovação da correlação dos resultados das buscas de IH com estratégias de controle e prevenção, bem como naquelas em que as CCIH não utilizavam

critérios predeterminados (segundo a literatura) para o diagnóstico de todas as infecções hospitalares. Cinco PCIH tiveram o item busca ativa de casos de IH nas unidades de maior risco avaliados como não se aplica,

por não possuírem estas unidades. E um apresentou esta mesma avaliação no item referente à monitorização com periodicidade dos resultados microbiológicos de culturas, uma vez que o perfil de pacientes e o tipo de atividades desenvolvidas não requer tal monitoramento.

O Indicador "Avaliação das Atividades de Controle e Prevenção de IH" obteve média de conformidade de 60,29%. Destaca-se que, seis instituições obtiveram 100% de conformidade nos itens e uma não apresentou conformidade em nenhum item (Tabela 4).

Tabela 4- Valores de conformidade por item do Indicador de "Avaliação das Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar" aplicado às instituições de saúde. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Indicador 4	Conformidade		Não conformidade		Conformidade parcial		Não conformidade
	n	%	n	%	n	%	n
Componente							
Unidade de diálise	4	66,68	1	16,66	1	16,66	7
Banco de sangue	1	20	3	60,00	1	20	8
Laboratório de análises clínicas	0		5	83,33	1	16,67	7
Laboratório de anatomia patológica	0		4	80	1	20	8
Unidades de internação	12	92,31	1	7,69	0		0
Unidades de terapia intensiva	8	100,00	0		0		5
Berçário	5	100,00	0		0		8
Central de material e esterilização	10	76,93	1	7,69	2	15,38	0
Centro cirúrgico	10	76,93	1	7,69	2	15,38	0
Pronto-socorro	3	50	2	33,33	1	16,67	7
Ambulatório	5	55,56	1	11,11	3	33,33	4
Serviço de nutrição e dietética	8	61,54	3	23,08	2	15,38	0
Participa nas decisões técnicas para especificação e aquisição de produtos	5	38,46	8	61,54	0		0
Média		56,80		30,16		13,04	-

As CCIH que relataram realizar inspeção, orientação por demanda espontânea, avaliação conforme legislação específica vigente ou diretriz do hospital em unidades específicas e visitas às unidades, foram consideradas em conformidades parciais quando não apresentavam relatórios comprobatórios dessas atividades. Nos casos em que a instituição não dispunha do serviço especializado considerou-se a categoria como não se aplica.

Discussão

Na presente investigação houve adesão de 81,2% das instituições do município de Ribeirão Preto. Pesquisa semelhante, realizada no município de São Paulo, obteve percentual de participação de 31%⁽⁷⁾. Assim, considera-se que os resultados refletem o diagnóstico dos PCIH neste município.

O melhor desempenho foi obtido nos indicadores "Avaliação da estrutura técnico-operacional" e "Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica". Ressalta-se que, no primeiro indicador a maioria dos itens abarcou exigências legais nacionais, incluindo recursos humanos para composição das CCIH, espaço físico e

operacionalização das atividades⁽¹⁾, o que explica o alto índice de conformidade.

Pesquisa desenvolvida em Ontário, Canadá, apontou déficit de horas/profissionais para as atividades voltadas ao controle de IH por 100 leitos, evidenciando que, em apenas 22,6%, esta relação estava adequada⁽⁸⁾.

Por outro lado, ao analisar a elaboração e atualização dos manuais de normas, rotinas e recomendações para controle de IH, observou-se que embora haja conformidade em mais da metade das instituições (59,4%), grande parte das CCIH não atende este requisito mínimo para realização da assistência segura, o que constitui uma exigência legal.

Programas eficazes devem atender ao mínimo estabelecido pelas legislações e ainda ter, em seu escopo, ações como sistema de coleta, administração, análise e comunicação dos dados com plano de melhoria contínua; políticas e procedimentos formais; e programas de estudos, educação e treinamento⁽⁹⁾.

No indicador "Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica", os itens incluem as formas de vigilância, critérios diagnósticos de IH e elaboração de relatórios técnico-científicos. E embora o indicador tenha alcançado índice de conformidade elevado, observou-se

que os itens “existência de critérios predeterminados para diagnóstico de infecção” e “correlação dos resultados com estratégias de controle e prevenção” tiveram os maiores índices de não conformidade. Dados divergentes foram evidenciados em estudo realizado no município de São Paulo, porém considera-se que todas as instituições participantes eram acreditadas⁽⁷⁾.

Outro componente com baixa conformidade foi relacionado aos critérios utilizados para o diagnóstico de IH, sendo que em média, apenas 60% das instituições o fizeram. A falta destes critérios pode não traduzir a realidade das taxas de incidência de infecção hospitalar, que podem ser super ou subestimadas e, conseqüentemente, comprometer a implementação de medidas de controle e de prevenção. Estudo conduzido em 10 países europeus também identificou discordância em relação aos critérios de notificação. Doze relatos de casos de suspeita de infecção de sítio cirúrgico foram submetidos a 100 médicos infectologistas que trabalham com controle de infecção e a 86 cirurgiões. Observou-se que os profissionais discordaram em relação ao diagnóstico de infecção e houve variação entre os diferentes países⁽¹⁰⁾.

Em relação ao indicador “Avaliação das diretrizes operacionais”, os índices com menor valor de conformidade foram: padronização de soluções germicidas e antissépticas; recomendação para prevenção e controle de infecção da corrente sanguínea; recomendação de técnica para coleta de material para cultura; e recomendação para lavagem e higienização de roupas.

A recomendação para lavagem e higienização de roupas estava em conformidade em 30,7% das instituições. Pesquisa semelhante mostrou que esse item obteve menor índice de conformidade, porém com média bem superior (64%)⁽⁷⁾. As instituições que utilizavam serviços de lavanderia terceirizados, mas dispunham de manuais com recomendações específicas no cuidado com as roupas, foram consideradas em conformidade.

No item relativo à coleta de materiais para cultura, é imperativo que as instituições tenham recomendações específicas, uma vez que a falta de padronização na técnica pode dificultar a identificação de microrganismos relacionados à infecção e, conseqüentemente, gerar tratamentos desnecessários ou incorretos, além de onerar os custos da assistência.

Quanto ao indicador “Avaliação das atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar”, os itens que obtiveram pior desempenho estavam relacionados à

participação nas decisões técnicas para especificação e aquisição de produtos, nas unidades banco de sangue e laboratórios de análises clínicas.

Observou-se que as CCIH das instituições participantes apresentaram menor índice de conformidade nas atividades relacionadas ao banco de sangue. Sabe-se que, apesar de diversos avanços terem ocorrido nas últimas décadas, relacionados à transmissão do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e dos vírus das hepatites B e C, novas medidas de segurança para controle de qualidade devem ser implantadas, em razão de mudanças epidemiológicas de infecções transmitidas por transfusão, as quais requerem estudos com delineamento robusto, para promover evidências científicas fortes⁽¹¹⁾.

Outro item com baixo índice de conformidade foi a participação nas decisões técnicas para especificação e aquisição de produtos de consumo (38,46%). A administração de materiais compreende um processo complexo, que envolve custos e qualidade da assistência. Assim, com orçamentos cada vez mais restritos, torna-se vital a adoção de critérios técnicos que fundamentem a seleção e aquisição de materiais, sem comprometer a segurança de profissionais e clientes⁽¹²⁾.

Para que os PCIH sejam considerados com bom desempenho, é necessário que os indicadores estejam em conformidade. Assim, além de atuar propondo medidas de prevenção, realização e documentação de auditorias nas unidades das instituições de saúde, análise dos problemas por meio da identificação da causa-raiz, mensuração das taxas de IH, devolução das mesmas aos profissionais das unidades e comparação destas taxas com outras instituições em nível local, estadual e nacional, deve-se monitorar os resultados e dar *feedback* dos dados à equipe⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Programas bem estruturados podem reduzir as taxas de infecção hospitalar e, conseqüentemente, a carga econômica desses eventos⁽¹⁶⁾.

A atuação de profissionais experientes e com conhecimento específico na temática impacta substancialmente a qualidade desse serviço. Ressalta-se que, no Brasil há carência de cursos de especialização em controle de IH⁽¹⁷⁾, sugerindo reflexão sobre a possibilidade do desenvolvimento de um novo indicador para avaliar a capacitação técnica dos profissionais que atuam nos PCIH. Esta investigação identificou a ausência de treinamento para início da atividade neste segmento, em 100% dos profissionais, o que corrobora a proposta de inserção deste item no processo avaliativo.

Reconhecendo-se como principal limitação deste estudo a existência de especificidade assistencial do atendimento das instituições avaliadas, os resultados certamente possibilitaram um diagnóstico local abrangente, no que tange a estrutura dos PCIH.

A experiência da aplicação deste indicador, validado e utilizado em pesquisa anterior, considera que para a realização da avaliação dos PCIH, além da documentação e relato dos profissionais de CCIH, é imprescindível a observação da prática assistencial dos serviços, com mensuração de indicadores de processo.

Vislumbra-se a possibilidade de novos estudos, com o intuito de mapear a realidade brasileira e subsidiar políticas públicas de melhoria das práticas de controle de infecção hospitalar. Recomenda-se que a aplicação de indicadores de avaliação dos PCIH incorpore a rotina de avaliação nos serviços de saúde, incluindo auditorias internas e inspeções sanitárias.

O aumento de investigações em busca do desenvolvimento de indicadores que contemplem serviços especializados, de baixa e média complexidade, também seria relevante à obtenção de dados mais fidedignos para retratar a realidade dessas instituições.

Conclusão

O uso de indicadores possibilitou identificar que, apesar de muito conhecimento produzido sobre ações de prevenção e controle de infecções hospitalares, ainda existe um grande hiato entre a prática e as recomendações.

A presente investigação identificou que o grupo de indicadores de avaliação dos PCIH é factível e pode ser utilizado tanto por esses programas como pelas unidades que realizam inspeções nas instituições de saúde, como um instrumento de melhoria das práticas realizadas.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2616/MS/GM, de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre a obrigatoriedade de Programa de Controle de Infecção Hospitalar e sua Estrutura e Atividades. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 1998.
2. Pittet D. Infection control and quality health care in the new millennium. *Am. J. Infect. Control.* 2005;33(5):258-67.
3. Wernitz MH, Keck S, Swidsinski S, Veit SK. Cost analysis of a hospital-wide selective screening programme for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA)

- carriers in the context of diagnosis related groups (DRG) payment. *Clin. Microbiol. Infect.* 2005;11(6):466-71.
4. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research: the research priority setting working group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization, 2008.
5. Nogueira PSF, Moura ERF, Costa MMF, Monteiro WMS, Brondi L. Perfil da infecção hospitalar em um hospital universitário. *Rev. enferm. UERJ.* 2009; 17(1):96-101.
6. Lacerda RA. Manual de indicadores de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006 [acesso em: 2 fev. 2011]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/ih/IH_MANUALFAPESP06.pdf.
7. Silva CPR, Lacerda RA. Validação de proposta de avaliação de programas de controle de infecção hospitalar. *Rev. Saúde Pública.* 2011;45(1):121-8.
8. Zoutman DE, Ford BD. A comparison of infection control program resources, activities, and antibiotic resistant organism rates in Canadian acute care hospitals in 1999 and 2005: pre- and post-severe acute respiratory syndrome. *Am. J. Infect. Control.* 2008;36(10):711-7.
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO). List of Joint Commission approved subjects for screening indicators for hospital. 2006 [acesso: 31 maio 2013]. Disponível em: <http://www.jointcommission.org>.
10. Birgand G, Lepelletier D, Baron G, Barrett S, Breier AC, Buke C, et al. Agreement among healthcare professionals in ten European countries in diagnosing case-vignettes of surgical-site infections. *PLoS One.* 2013;8(7):e68618.
11. Watkins NA, Dobra S, Bennett P, Cairns J, Turner ML. The management of blood safety in the presence of uncertain risk: a United kingdom perspective. *Transfus Med Rev.* 2012;26(3):238-51. doi: 10.1016/j.tmr.2011.09.003.
12. Castro LC, Castilho V. The cost of waste of consumable materials in a surgical center / O custo de desperdício de materiais de consumo em um centro cirúrgico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(6):1228-34.
13. Thompson MA. Patient safety. In: Carrico, R. APIC text of infection control and epidemiology. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, 2012 [acesso: 12 dez. 2012]. Disponível em: <http://text.apic.org/item-13/chapter-12-patient-safety>.

14. Soule BM, Malani P, Memish ZA. Developing an effective infection prevention and control program. In: Soule BM, Memish ZA, Malani P. (eds.). Best practices in infection prevention and control: an international perspective. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission International, 2012. p. 47-88.
15. Gastmeier P, Geffers C, Brandt C, Zuschneid I, Sohr D, Schwab F, et al. Effectiveness of a nationwide nosocomial infection surveillance system for reducing nosocomial infections. *J. Hosp. Infect.* 2006;64(1):16-22.
16. Raschka S, Dempster L, Bryce E. Health economic evaluation of an infection prevention and control program: are quality and patient safety programs worth the investment? *Am J Infect Control.* 2013;41(9):773-7. doi: 10.1016/j.ajic.2012.10.026.
17. Alves CIA, Évora YDM. Ethical issues linked to the Professional practice of nurses that are members of a hospital infectiona control commission. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2002;10(3):265-75.