

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

QUALITY EVALUATION OF A HOSPITAL INFECTION CONTROL PROGRAM

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

Mariane de Carvalho Machado Cerqueira¹
Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes²

A infecção hospitalar representa um dos principais problemas enfrentados pelas organizações hospitalares devido à alta prevalência, letalidade significativa, morbidade associada e altos custos econômicos e sociais gerados com seu tratamento. Como a avaliar a qualidade das ações desenvolvidas com a finalidade de diminuir a incidência desse tipo de infecção tem sido desafio constante na área saúde. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) nos hospitais públicos estaduais de Salvador, quanto à estrutura, processo e resultado; identificar a interferência desses componentes na qualidade do Programa e avaliar a qualidade dos níveis de desempenho desse Programa. Estudo avaliativo quantitativo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, com auxílio de um formulário. Como resultado verificou-se que a qualidade média do PCIH no nível 1 foi 81,71%, determinando um nível de desempenho bom, no nível 2 foi 57,68%, valor considerado regular e no nível 3 foi 23,12%, considerado insuficiente. As variáveis de estrutura interferiram na qualidade do PCIH no nível 3, já as variáveis de processo nos níveis 2 e 3 e as variáveis de resultado interferiram nos níveis 1 e 2. Observou-se que quanto maior é o nível de desempenho, menor é o atendimento aos aspectos de estrutura, processo e resultado.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação. Qualidade. Infecção hospitalar.

Hospital infections represent one of the main problems faced by hospital organizations due to their high prevalence, significant lethality, associated morbidity, and high economic and social costs generated by their treatment. The quality evaluation of initiatives developed to minimize the incidence of these types of infections has been a constant challenge in the area of health. The objectives of this study are to evaluate the quality of the Hospital Infection Control Program (PCIH) in public state hospitals in the city of Salvador, regarding their structure, process, and results; to identify the interference of those components in the quality of the program; and to evaluate the quality of the levels of performance of the program. This is an evaluative, quantitative study. The data gathering was carried out through semi-structured interviews and the use of a questionnaire. The results illustrated that the average quality rating for the PCIH for level 1 was 81.71%, determining a good performance level; for level 2, 57.68%, considered an average rating; and for level 3, 23.12%, considered insufficient. Structure variables interfered with the quality of the PCIH in level 3. Process variables interfered with levels 2 and 3, and result variables interfered with levels 1 and 2. The study revealed that the higher the level of performance, the lesser the attention to structure, process, and result aspects.

KEY WORDS: Evaluation. Quality. Hospital infections.

¹ Mestra em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA).

² Doutora em Administração e Professora da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestra em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA).

La infección hospitalaria representa uno de los principales problemas enfrentados por las organizaciones hospitalarias debido a la alta prevalencia, letalidad significativa, morbilidad asociada y altos costes económicos y sociales generados por su tratamiento. Evualar la calidad de las acciones desarrolladas con la finalidad de disminuir la incidencia de ese tipo de infección ha sido un desafío constante en el área de la salud. El objetivo de este estudio es evaluar la calidad del Programa de Control de Infección Hospitalaria (PCIH) en los hospitales públicos estaduais de Salvador, cuanto a la estructura, proceso y resultado; identificar la interferencia de esos componentes en la calidad del Programa y evaluar la calidad de los niveles de desempeño de ese programa. Estudio evaluativo cuantitativo. La colecta de datos fue realizada por medio de entrevistas semiestructuradas, con auxílio de un formulario. Como resultado se verificó que la calidad media del PCIH en el nivel 1 fue 81,71%, determinando un buen nivel de desempeño, en el nivel 2 fue 57,68%, valor considerado regular y en el nivel 3 fue 23,12%, considerado insuficiente. Las variables de estructura interfirieron en la calidad del PCIH en el nivel 3, ya las variables de proceso en los niveles 2 y 3 y las variables de resultado interfirieron en los niveles 1 y 2. Se observó que cuanto mayor es el nivel de desempeño, menor es el atendimento a los aspectos de estructura, proceso y resultado.

PALABRAS-CLAVE: *Evaluación. Calidad. Infección hospitalaria.*

INTRODUÇÃO

Os serviços hospitalares possuem várias peculiaridades que os diferenciam dos demais serviços da área terciária da economia. Entre outros aspectos, é um trabalho sistêmico, que depende de mão de obra especializada, usa tecnologia cara e de ponta e possui uma intensa relação entre o prestador e o usuário, a qual pode ser longa e permeada por conflitos.

Essas características, aliadas ao cenário atual das organizações de saúde, que é de alta concorrência, pressão por parte dos planos e seguradoras de saúde em otimizar recursos empregados e aumento das exigências dos usuários pela qualidade dos produtos e serviços, fazem da qualidade uma necessidade para a sobrevivência dos serviços.

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

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.

De acordo com Donabedian (1988), para avaliar a qualidade na área da saúde, é obrigatório traduzir os conceitos e as definições gerais em parâmetros e indicadores calibrados e

validados, baseados em estrutura, processo e resultados.

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, fornecer dados para a tomada de decisão sobre um programa ou um serviço. Seu uso como instrumento de gestão ainda é, entretanto, rudimentar na prática cotidiana das organizações hospitalares.

A infecção hospitalar (IH) representa um dos principais problemas na qualidade da assistência nas organizações hospitalares, devido à alta prevalência, letalidade significativa, morbidade associada e altos custos econômicos e sociais gerados com seu tratamento.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) calcula, analisa e atua na redução de vários indicadores, como a taxa de IH, a taxa de letalidade por IH e a taxa de mortalidade por IH, entre outros. Assim, esse Serviço contribui decisivamente para que o hospital seja mais seguro, o atendimento seja mais eficiente e haja racionalização de recursos. Deste modo, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar

(PCIH) desempenha um papel de gestor da qualidade 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 responsáveis pelo controle da IH.

Este estudo tem como objetivos avaliar a qualidade do PCIH nos hospitais públicos estaduais de Salvador, Bahia, quanto à estrutura, processo e resultado; identificar a interferência da estrutura, do processo e do resultado na qualidade do PCIH e avaliar a qualidade dos níveis de desempenho desse Programa.

Estudar e investigar a temática proposta justificou-se por ser a IH um problema atual, por sua abrangência e magnitude, pela obrigatoriedade da existência do PCIH nos hospitais em todo território nacional, por sua relevância na prevenção e controle da IH, e ainda pela contribuição em uma área com poucas publicações, no Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa, tendo como referencial teórico a concepção sistêmica de Donabedian (1980), que utiliza a estrutura, o processo e o resultado para a avaliação da qualidade.

Os informantes são vinte e um profissionais membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sendo doze enfermeiras e nove médicas. A amostra deste estudo foi constituída pelos profissionais que estavam presentes no SCIH no momento da coleta dos dados, totalizando onze profissionais.

O estudo foi realizado em 100% dos hospitais públicos estaduais, com capacidade de oferta acima de 100 leitos, situados no município de Salvador, Bahia, totalizando nove hospitais, sendo três gerais e seis especializados, todos com CCIH implantadas há mais de dois anos. Foram identificados como H1, H2, H3, H4, H5,

H6, H7, H8, H9, a fim de preservar-lhes a identificação.

A entrevista foi usada como técnica de pesquisa, sendo entrevistados os membros executores da CCIH. Um formulário foi utilizado como instrumento para coleta dos dados. Esse formulário é um recorte da Portaria da Sesab nº 1.083, que se refere à unidade temática PCIH e consta de 70 questões, referentes às dimensões da estrutura, processo e resultados (BAHIA, 2004).

A avaliação do PCIH foi feita em três níveis de desempenho: a) nível 1 — avalia ações consideradas indispensáveis para a qualidade e a prevenção das infecções hospitalares; b) nível 2 — avalia ações mais eficazes para a prevenção das infecções hospitalares, o que significa uma abrangência maior do PCIH para melhoria contínua da qualidade; c) nível 3 — avalia ações de epidemiologia hospitalar, nível considerado de excelência, pois o hospital atinge o padrão ideal para um efetivo PCIH (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%; preencher o nível – se igual ou maior que 95%.

O *software* usado na construção do banco de dados foi o EPI INFO 06, versão 6.04D, de janeiro de 2001. Para análise descritiva dos dados foi usado um *software* de estatística, chamado *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 11.01 *for windows*, de 15 de novembro de 2001 (MAROCO, 2003), identificando-se a frequência e o percentual dos dados pesquisados.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Foi atendida a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, referente às diretrizes éticas das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Todos os profissionais entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADOS

De acordo com os objetivos e o referencial teórico utilizado, os resultados focalizam aspectos da estrutura, processo e resultado dos programas de controle da infecção hospitalar pesquisados, além dos níveis de desempenho.

· Avaliação da estrutura

No que diz respeito ao sexo, a amostra foi constituída por 100% de mulheres, sendo 81,8% enfermeiras e 18,2% médicas. Quanto ao tempo de formação profissional, 63,7% das profissionais entrevistadas possuíam mais de 20 anos de formadas, sendo 21,9 anos o tempo médio de formação.

A presença de profissionais especialistas foi uma das características da amostra, em que 90,9% das entrevistadas concluíram algum curso

de especialização e 72,7% são especialistas em controle de IH. Com relação ao tempo de trabalho no SCIH, 54,6% das profissionais agregam mais de 9 anos no Serviço, sendo 9,3 anos o tempo médio de trabalho nessa área.

Da avaliação da estrutura no nível de desempenho 1, dos 9 indicadores, 33,3% obtiveram respostas negativas e 11,1% a resposta não se aplica (NSA), quando o indicador não é exigência obrigatória. No nível de desempenho 2, dos 9 hospitais, 22,2% não possuem área física específica para o funcionamento da CCIH. Segundo relato dos entrevistados, isso ocorre pela falta de espaço no hospital, fazendo com que o SCIH esteja funcionando em uma área ocupada por outros serviços.

Em relação ao nível de desempenho, 88,9% dos hospitais não estabelece foco na prevenção da IH (Tabela 1).

TABELA 1 – Variáveis da dimensão estrutura por nível de desempenho. Salvador, Bahia, 2005

| Variáveis da dimensão estrutura, por nível de desempenho | SIM | | NÃO | | NÃO SE APLICA | |
|---|-----|-------|-----|------|---------------|-----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| NÍVEL DE DESEMPENHO 1 | | | | | | |
| Existência do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) | 9 | 100,0 | 1 | 11,1 | - | - |
| Constituição do PCIH por representante do Serviço de Enfermagem | 8 | 88,9 | - | - | - | - |
| Constituição do PCIH por representante da Área Médica | 9 | 100,0 | - | - | - | - |
| Constituição do PCIH por representante do Serviço de Farmácia | 9 | 100,0 | 1 | 11,1 | - | - |
| Constituição do PCIH por representante da Administração Hospitalar | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 | - | - |
| Constituição do PCIH por representante do Laboratório de Microbiologia | 8 | 88,9 | - | - | - | - |
| Constituição do PCIH por Enfermeiro Executivo do Serviço | 9 | 100,0 | - | - | - | - |
| Constituição do PCIH por Médico Executivo do Serviço | 9 | 100,0 | - | - | - | - |
| Outros Profissionais Executivos do Serviço | - | - | - | - | 9 | 100 |
| NÍVEL DE DESEMPENHO 2 | | | | | | |
| Existência de área física específica para o funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) | 7 | 77,8 | 2 | 22,2 | - | - |
| NÍVEL DE DESEMPENHO 3 | | | | | | |
| O PCIH estabelece foco na prevenção de IH | 1 | 11,1 | 8 | 88,9 | - | - |

· Avaliação do processo

Conforme a Tabela 2, os seguintes indicadores de processo não foram atendidos em sua totalidade no nível 1, interferindo negativamente na

qualidade do PCIH: realização rotineira de vigilância epidemiológica das IHS por objetivos; realização das visitas técnicas aos serviços, conforme programação; e realização do programa de educação para as áreas de maior risco.

TABELA 2 - Variáveis da dimensão processo no Nível de Desempenho 1.
Salvador, Bahia, 2005

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

De acordo com a Tabela 3, dos 18 indicadores de processo em nível de desempenho 2, apenas 1 não foi atendido em 100% dos hospitais e 2 em aproximadamente 90% dos hospitais avaliados.

TABELA 3 - Variáveis da dimensão processo no Nível de Desempenho 2.
Salvador, Bahia, 2005

| Variáveis da dimensão processo no nível de desempenho 2 | SIM | | NÃO | | NÃO SE APLICA | |
|--|-----|-------|-----|-------|---------------|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Suporte dado pelo sistema de gerenciamento de informações a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 | - | - |
| Abrangência das ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) para todas as áreas do hospital | 5 | 55,6 | 4 | 44,4 | - | - |
| Envolvimento de lideranças dos diversos serviços do hospital nas ações educativas | - | - | 9 | 100,0 | - | - |
| Divulgação para as lideranças dos serviços da participação nas ações educativas | 2 | 22,2 | 7 | 77,8 | - | - |
| Participação de ações educativas promovidas por outros serviços do hospital | 6 | 66,7 | 3 | 33,3 | - | - |
| Participação de ações educativas externas à instituição | 9 | 100,0 | - | - | - | - |
| Definição de protocolos para uso de antimicrobianos em parceria com as equipes médicas das unidades de terapia intensiva | 3 | 33,3 | 6 | 66,7 | - | - |
| Discussão com líderes dos serviços e outros profissionais sobre a implantação de normas técnicas | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 | - | - |
| Registro de investigação epidemiológica | 9 | 100,0 | - | - | - | - |
| Levantamento do problema no tempo, período e pessoal envolvido | 4 | 44,4 | 5 | 55,6 | - | - |
| Revisão clínica dos usuários | 7 | 77,8 | 2 | 22,2 | - | - |
| Definição do caso | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 | - | - |
| Avaliação das informações | 6 | 66,7 | 3 | 33,3 | - | - |
| Instituição de medidas de controle | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 | - | - |
| Comunicação a outros hospitais sobre a admissão de pacientes infecciosos deles provenientes | 1 | 11,1 | 8 | 88,9 | - | - |
| Discussão de casos de Infecção Hospitalar (IH) com a equipe médica, pelo menos das áreas críticas | 4 | 44,4 | 5 | 55,6 | - | - |
| Informações aos pacientes e/ou familiares sobre sua situação clínica | 1 | 11,1 | 8 | 88,9 | - | - |
| 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 | - | - |

Segundo a Tabela 4, dos 8 indicadores de processo em nível de desempenho 3, apenas 1 foi atendido em 66,7% dos hospitais.

TABELA 4 - Variáveis da dimensão processo no Nível de Desempenho 3.
Salvador, Bahia, 2005

| Variáveis da dimensão processo no nível de desempenho 3 | SIM | | NÃO | | NÃO SE APLICA | |
|--|-----|------|-----|-------|---------------|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| O Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) discute com lideranças e profissionais os resultados das visitas técnicas | 3 | 33,3 | 6 | 66,7 | - | - |
| O PCIH define com a Central de Material de Esterilização (CME) os protocolos de uso e reuso de artigos hospitalares | 2 | 22,2 | 7 | 77,8 | - | - |
| Definição de protocolos para controle da resistência microbiana, em parceria com o laboratório de microbiologia | 1 | 11,1 | 8 | 88,9 | - | - |
| Definição de protocolos de segurança do profissional, em parceria com o Programa de Saúde de Higiene Ocupacional | 6 | 66,7 | 3 | 33,3 | - | - |
| O PCIH discute casos de infecção com a equipe da assistência direta e indireta | - | - | 9 | 100,0 | - | - |
| O PCIH investiga rotineiramente o aparecimento de novos agentes infecciosos | 3 | 33,3 | 6 | 66,7 | - | - |
| Divulgação de informativos sobre controle de infecção a visitantes e usuários | - | - | 9 | 100,0 | - | - |
| Educação e orientação aos clientes nos casos de IH prevenível ou não | - | - | 9 | 100,0 | - | - |

· Avaliação do resultado

Conforme a Tabela 5, em um total de 8 indicadores de resultado no nível de

desempenho 1, apenas 2 foram encontrados em 100% dos hospitais. Com relação ao nível de desempenho 2, dos 3 indicadores, 2 não foram encontrados em 66,7% dos hospitais avaliados.

TABELA 5 - Variáveis da dimensão resultado nos Níveis de Desempenho 1 e 2.
Salvador, Bahia, 2005

| Variáveis da dimensão resultado nos níveis de desempenho 1 e 2 | SIM | | NÃO | | NÃO SE APLICA | |
|---|-----|-------|-----|------|---------------|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Avaliação dos resultados alcançados no mínimo a cada 6 meses, segundo planejamento estabelecido | 3 | 33,3 | 6 | 66,7 | - | - |
| Elaboração de relatórios sobre os dados coletados | 9 | 100,0 | - | - | - | - |
| Interpretação dos dados dos relatórios | 7 | 77,8 | 2 | 22,2 | - | - |
| Análise dos dados dos relatórios | 3 | 33,3 | 6 | 66,7 | - | - |
| Divulgação das informações do sistema de vigilância epidemiológica para a direção do Hospital | 9 | 100,0 | - | - | - | - |
| Divulgação das informações do sistema de vigilância epidemiológica para os líderes dos serviços | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 | - | - |
| Divulgação das informações do sistema de vigilância epidemiológica para os profissionais de forma geral | 4 | 44,4 | 5 | 55,6 | - | - |
| Discussão dos dados do sistema de vigilância epidemiológica com líderes e profissional | 2 | 22,2 | 7 | 77,8 | - | - |
| 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 | - | - |
| Presença de informações sobre o nível endêmico ou média esperada de doentes com Infecção Hospitalar (IH) | 3 | 33,3 | 6 | 66,7 | - | - |
| Presença de registro nos relatórios das infecções consideradas preveníveis | 4 | 44,4 | 5 | 55,6 | - | - |

· Avaliação global por nível de desempenho

Segundo a Tabela 6, os hospitais avaliados

apresentaram, no nível 1, desempenho global de 81,71%, no nível 2, de 57,68% e no nível 3, de 23,12%.

TABELA 6 – Níveis de desempenho hospitalar por tipo do hospital.
Salvador, Bahia, 2005

| Tipo do Hospital | Nº | NÍVEIS DE DESEMPENHO HOSPITALAR | | |
|------------------------|----|---------------------------------|---------|---------|
| | | 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 |

DISCUSSÃO

Com relação à população estudada, foi encontrada predominância da profissional enfermeira como membro do SCIH, corroborando a opinião de Goldmann et al. (1988), de que o enfermeiro deve ser membro desse Serviço por conhecer e participar dos processos referentes ao cuidado do usuário. Assim, pode-se inferir que a enfermeira tem sido um agente fundamental para implementação das ações do PCIH.

No que diz respeito ao tempo de formação profissional, os dados revelaram que a maioria das profissionais entrevistadas formou-se há muitos anos. Outra característica da amostra foi a presença de especialistas, o que pode ser um fator de contribuição para a utilização de seu potencial nas atividades. O tempo longo de trabalho no SCIH foi mais um achado entre as entrevistadas. Assim, pode-se inferir que a experiência e a capacitação das profissionais podem ser fatores relevantes para a implantação do PCIH.

Foi identificado que as variáveis de estrutura foram atendidas nos níveis 1 e 2. Já no nível de desempenho 3 foi identificado um resultado insuficiente.

Observou-se que 88,9% dos hospitais não realizavam as visitas técnicas aos serviços, conforme a programação (Tabela 2). Isto pode ser explicado pelas diversas solicitações feitas aos membros do SCIH, que são envolvidos em outras demandas, fazendo com que as visitas sejam sempre postergadas para uma nova data, o que, entretanto, não significa ou garante sua ocorrência.

Para Pereira et al. (2007), 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. A autora acredita que, sem essas visitas, fica impossível a identificação de não conformidades, principalmente nas áreas de apoio, que não são visitadas pelos membros do

SCIH em seu dia a dia, mas são importantes para o controle da IH, pois fornecem insumos necessários ao cuidado e, portanto, precisam ser avaliadas quanto à realização das boas práticas.

A Tabela 3 demonstra que 100% dos hospitais avaliados não envolvem as lideranças dos diversos serviços no planejamento das ações educativas. 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.

O papel do líder é, portanto, imprescindível para o controle das infecções hospitalares. Assim, é importante para o sucesso do programa que as parcerias aconteçam. Para tanto, a equipe do SCIH deve trabalhar em total interação com as lideranças. Ademais, conforme dados da Tabela 3, 88,9% dos hospitais não notificam às unidades hospitalares de origem sobre a internação de usuários com infecções originárias destas, o que causa subnotificação dos casos de infecção. Isso pode ser explicado pela falta de importância dada a essa notificação pelos membros do SCIH, e também por ser uma ação que não vai impactar diretamente nos resultados do PCIH em sua unidade.

Foi constatado, em 88,9% dos hospitais, que os usuários não recebem orientações e informações sobre sua situação clínica (Tabela 3). A maioria dos entrevistados informou que essas orientações fazem parte de sua prática de trabalho, porém não são registradas. As participantes da pesquisa também relataram que muitos usuários esquecem as orientações recebidas. O usuário precisa ser informado e esclarecido sobre sua situação clínica, para que se sinta envolvido no processo do cuidado e possa participar ativamente deste, já que é o sujeito-chave e também pagador deste cuidado. Para Zanon (2001), as pessoas precisam participar do processo e ter 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.

Observa-se na Tabela 4 que das 8 variáveis de processo no nível 3, apenas uma foi atendida pela maioria dos hospitais (66,7%). Isto evidencia que os hospitais estão com desempenho insuficiente neste nível, não preenchendo os critérios mínimos para o controle da IH.

De acordo com a Tabela 4, 100% dos hospitais avaliados não apresentaram evidências quanto à discussão dos casos de infecção com as equipes da assistência direta e indireta. A equipe da assistência 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, além da avaliação dos riscos e consequências aos usuários. Outro aspecto importante dessa discussão é manter a equipe mais alerta na prevenção de novos casos.

Em 100% dos hospitais avaliados não havia na recepção material informativo sobre controle de infecção destinado a visitantes e usuários. Alguns entrevistados informaram que esse material é disponibilizado apenas em um determinado dia na semana, outros esclareceram que os materiais informativos ficam afixados em murais e nas portas das enfermarias. Esse informativo deve ser entregue a todo usuário atendido, pois as recomendações precisam ser divulgadas.

Como afirmam A. Fernandes e M. Fernandes (2000), as infecções hospitalares são multifatoriais e todo o esforço para sua redução e controle deve ser consequência de um trabalho conjunto. 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, inferior aos altos e crescentes custos das infecções hospitalares, muitos dos quais 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 desses processos, adotando ações preventivas e de controle à disseminação dos germes no ambiente hospitalar.

Dados contidos na Tabela 4 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 dentro de suas instalações físicas, como ocorre na maioria dos hospitais participantes deste estudo. Assim, a distância existente entre alguns hospitais e o laboratório dificulta a interação.

O laboratório de microbiologia desempenha um papel importante para o controle das infecções hospitalares, seja nas etapas de investigação epidemiológica, seja na elaboração e divulgação de relatórios que contemplem a identificação de usuários colonizados e a distribuição dos microorganismos em sítios corporais e unidades do hospital (RODRIGUES et al., 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 et al. (1997), o infectologista do SCIH é o principal responsável por promover a inter-relação sustentada com os setores de microbiologia e farmácia. Em alguns hospitais avaliados, o médico do SCIH não tem formação em infectologia (H7, H8, H9).

Em 77,8% dos hospitais avaliados não foi evidenciada parceria entre o PCIH e a Central de Material de Esterilização (CME) sobre a definição e elaboração de protocolos de uso e reuso de artigos hospitalares (Tabela 4). Em alguns hospitais, os entrevistados informaram que possuem esses protocolos, porém não foram apresentados (H3, H5, H7, H9). Em outros hospitais (H4, H6, H8), os protocolos existentes foram elaborados unicamente pelo PCIH e fornecidos à CME para que os cumprisse.

Conforme a Tabela 3, as variáveis de resultado foram menos atendidas na maioria dos hospitais quando comparadas com as de estrutura (Tabela 1)

e de processo (Tabelas 2, 3 e 4). Estes dados corroboram o que dizem Couto e Pedrosa (2003), quando afirmam que a adequada interação de estrutura e processo é necessária, mas não suficiente para se alcançar bons resultados.

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 (Tabela 3). Isto evidencia que os membros do SCIH passam a maior parte de seu tempo de trabalho coletando dados e não os transformam em informações que possam ser utilizadas como ações objetivas de prevenção e controle das infecções hospitalares. Pode-se inferir que não está havendo avaliação entre o planejado e o efetivamente realizado e se este alcançou o resultado esperado.

Foi observado na Tabela 3 que em 77,8% dos hospitais não foram identificadas evidências sobre a discussão dos dados do sistema de vigilância epidemiológica com líderes e profissionais. 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. Nesse sentido, foi evidenciada falta de integração e atuação entre os membros do SCIH e os gerentes e profissionais.

Em relação às variáveis de resultado em nível 2, 66,7% dos hospitais não correlacionam os dados gerados pelo sistema de vigilância epidemiológica das infecções com os indicadores referentes à taxa de ocupação e permanência do hospital. Também foi identificada ausência de informações do nível endêmico ou média esperada de usuários com IH. Isto evidencia que a equipe do SCIH não inclui e não relaciona, em seus relatórios, informações sobre tais indicadores (Tabela 3). Para Fernandes e Noca (2000), a grande meta do controle de IH é manter os episódios de IH dentro dos limites endêmicos, estabelecidos estatisticamente com base em uma sequência histórica e, se possível, com uma tendência de queda. O nível endêmico é a faixa de normalidade de IH para um período e serve de parâmetro para avaliações sobre a qualidade hospitalar.

A análise dos dados da Tabela 4 permite constatar-se que, no nível de desempenho 1, os hospitais avaliados tiveram um desempenho global de 81,71%, considerado um padrão de qualidade bom. Esse resultado pode ser atribuído ao trabalho desenvolvido pela Coordenação de Gestão da Qualidade e Avaliação Tecnológica (Cogestec/Sesab) que, em 2002, criou o Projeto Monitorando a Qualidade na Assistência (BAHIA, 2003, 2004).

Já no nível 2, o desempenho global dos hospitais foi de 57,68%, demonstrando uma qualidade média considerada regular, conforme a Portaria 1.083/2001 (BAHIA, 2004). (Tabela 4). Constata-se que as ações mais eficazes para a prevenção das IH não estão sendo realizadas, ou seja, a atuação do PCIH para a melhoria contínua da qualidade não está ocorrendo na maioria dos hospitais pesquisados.

No nível 3, o desempenho global dos hospitais avaliados foi de 23,12% (Tabela 4), uma qualidade média considerada insuficiente, segundo a Portaria da Sesab (BAHIA, 2004), ficando evidente a não ocorrência das ações de epidemiologia hospitalar, como instrumento de garantia da qualidade.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados possibilitou identificar-se que a qualidade média do PCIH nos hospitais públicos estaduais, acima de 100 leitos, do município de Salvador foi boa no nível 1, regular no nível 2, e insuficiente no nível 3, conforme a Portaria n.º 1.083/2004 da Sesab.

As variáveis de estrutura não foram atendidas no nível de desempenho 3, assim como as variáveis de processo não foram atendidas em 87,5% dos hospitais também no nível 3. Portanto esse nível foi o mais difícil de ser alcançado, interferindo negativamente na qualidade do PCIH das organizações hospitalares.

Foi constatado que a variável resultado foi a menos atendida nos hospitais, tanto no nível 1 quanto no nível 2. O que demonstra que a avaliação do PCIH não está ocorrendo. É preciso

um avanço na avaliação dos resultados desse Programa. 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, de processo e de resultado. Talvez isto possa decorrer da imaturidade na contextualização da avaliação em um programa de ciclo de melhorias. Desta forma, sem a devida cobrança pela resolução dos resultados insatisfatórios não há amadurecimento no processo e, conseqüentemente, no resultado.

Embora o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar tenha sido criado há 23 anos, há apenas 9 anos os hospitais foram obrigados a constituírem um PCIH. Este estudo mostra a necessidade de se avançar nos indicadores de processo e resultado, assim como no aperfeiçoamento da Portaria n° 1.083 da Sesab.

Avaliar o PCIH de forma sistematizada é um caminho para garantir a assistência com qualidade e para a melhoria contínua. Assim, recomenda-se:

- a) com relação às variáveis de estrutura: estabelecer foco na prevenção da IH; realizar um trabalho direcionado aos hospitais especializados, dispensando-lhes maior atenção e controle das ações do PCIH; realizar um trabalho com os membros do SCIH, objetivando ampliar seus conhecimentos e desmistificar os objetivos da avaliação da qualidade; enfatizar a importância dos registros como evidências objetivas do cumprimento das ações e aumentar o conhecimento dos profissionais sobre epidemiologia e estatística;
- b) para as variáveis de processo: melhorar a distribuição do tempo de trabalho entre as ações de vigilância, treinamento e avaliação; desenvolver a sensibilização da dimensão interpessoal da qualidade; melhorar as notificações dos casos de IH entre hospitais; usar tecnologia da informação para que os usuários

participarem nos processos decisórios e nas ações educativas; divulgar informações sobre prevenção e controle da IH entre os usuários, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde; maior atuação do médico do SCIH nas ações do PCIH; definir com a equipe da microbiologia protocolos para o uso de antimicrobianos, envolvendo a equipe médica da UTI e para o reuso de artigos médico-hospitalares com a CME e sobre resistência microbiana;

- c) com relação às variáveis de resultado: desenvolver o trabalho em equipe, envolvendo líderes, profissionais e membros do SCIH; avaliar semestralmente os resultados alcançados pelo PCIH; analisar os indicadores do sistema de vigilância epidemiológica, incluindo a taxa de permanência e ocupação; obter o nível endêmico de IH e 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.

REFERÊNCIAS

- BAHIA. Secretaria de Saúde. Portaria n° 1.018, de 12 de junho de 2003. Método para implantação de programas de melhoria da qualidade assistencial. Salvador, 2003.
- BAHIA. Secretaria de Saúde. Portaria n° 1.083, 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 196. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1996.
- 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.

- DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring. Michigan: Health Administration Press, 1980. 1v.
- DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.
- 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. 1706-1721.
- 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. 1461-81.
- GOLDMANN, D.A. et al. Infection control in Latin America. *Infect. Control Hosp. Epidemiology*, Chicago, v. 9, n. 7, p. 291-301, 1988.
- KHOURY, H.J.; ELIAS, M.A.B. Recursos humanos e o controle de infecção hospitalar. 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. 1673-1678.
- MAROCO, J. *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo, 2003.
- NOGUEIRA, R.P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- PEREIRA, M.S. et al. Avaliação de serviços de apoio na perspectiva do controle de infecção hospitalar. *Rev. Eletr. Enfermagem (on line)*, Goiânia, v. 1, n. 1, out./dez. 1999. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 30 jul. 2008.
- RODRIGUES, E.A.C. et al. Infecções hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Savier, 1997.
- 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.
- ZANON, U. *Qualidade da assistência médico-hospitalar*. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

