



**FUNDAÇÃO
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE
MATO GROSSO DO SUL**



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS)
CAMPUS TRÊS LAGOAS (CPTL)
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU-ENFERMAGEM**

ANGELA CONCEIÇÃO RODRIGUES VILELLA

**PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: AVALIAÇÃO DOS
INDICADORES DE ESTRUTURA E PROCESSO**

TRÊS LAGOAS/MS

2025

ANGELA CONCEIÇÃO RODRIGUES VILELLA

**PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: AVALIAÇÃO DOS
INDICADORES DE ESTRUTURA E PROCESSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem do Campus Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidar em enfermagem, saúde e sociedade

Linha de Pesquisa: Cuidado em Enfermagem e Saúde: Análise da Prática e Educação

Orientadora: Dra. Larissa da Silva Barcelos

TRÊS LAGOAS/MS

2025

ANGELA CONCEIÇÃO RODRIGUES VILELLA

**PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: AVALIAÇÃO DOS
INDICADORES DE ESTRUTURA E PROCESSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem do Campus Três Lagoas (CPTL) da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Larissa da Silva Barcelos

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas
(Presidente e Orientadora)

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas
(Membro Titular)

Prof. Dr. Marcelo Alessandro Rigotti

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas
(Membro Titular)

Prof. Dr. Aires Garcia dos Santos Júnior

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas
(Membro Suplente)

Ao meu marido, Marcos Roberto Pinheiro Vilella, pelo apoio incondicional, paciência e amor ao longo desta jornada. Sua presença foi fundamental para que eu pudesse seguir em frente, mesmo nos momentos mais desafiadores.

À minha filha, Bárbara Rodrigues Vilella, cuja luz e alegria me inspiram todos os dias a ser melhor.

Vocês são minha base e meu motivo de orgulho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por me conceder força e perseverança ao longo dessa jornada. Aos meus familiares, pelo apoio incondicional e por estarem sempre ao meu lado nos momentos de desafio e superação.

Expresso minha profunda gratidão à minha orientadora, Dra. Larissa da Silva Barcelos, por sua paciência, sabedoria e dedicação. Sua orientação foi essencial para a realização deste trabalho, e seu conhecimento me inspirou a seguir em frente e aprimorar cada etapa desta pesquisa.

Aos meus colegas de curso e amigos, que me ofereceram palavras de incentivo, compartilharam seus conhecimentos e estiveram presentes em momentos importantes da minha trajetória acadêmica.

Aos profissionais e instituições que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo, fornecendo dados, informações e suporte técnico.

Por fim, agradeço à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e aos professores que me proporcionaram uma formação sólida e significativa, possibilitando o desenvolvimento deste trabalho com rigor e responsabilidade. Cada contribuição foi essencial para a concretização deste projeto, e sou profundamente grata a todos que fizeram parte dessa caminhada.

O sucesso é a soma de pequenos esforços
repetidos dia após dia.

[Robert Collier]

RESUMO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), são consideradas um problema de saúde pública e impactam na Segurança do Paciente (SP), uma vez que podem levar ao aumento do tempo de internação, dos custos hospitalares e das taxas de morbidade e mortalidade. Neste contexto, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) tem importante papel na prevenção e controle dessas infecções, pois garante a implementação de diretrizes e práticas de monitoramento. Desta forma, avaliar a estrutura e os processos destes programas é essencial para garantir a eficácia das ações de prevenção, otimizar recursos, reduzir infecções e melhorar a SP. O presente estudo buscou analisar os indicadores de estrutura e processo dos PCIH dos hospitais dos municípios de Três Lagoas/MS e Dracena/SP. Trata-se de um estudo multicêntrico, transversal, com abordagem quantitativa, realizado nos municípios de Três Lagoas, no estado de Mato Grosso do Sul, e Dracena, no estado de São Paulo. Os dados foram coletados de março a abril de 2023, por meio de entrevistas e análise documental junto às Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) das instituições participantes. Utilizou-se indicadores validados na literatura científica disponíveis no Manual de Indicadores de Avaliação de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar. Participaram da pesquisa 03 (três) hospitais que realizam atendimento generalista, um (33%) de médio porte e dois (67%) de grande porte, sendo dois localizados no município de Três Lagoas/MS e um em Dracena/SP. Apenas uma (33%) instituição possui certificação de acreditação pela Organização Nacional de Acreditação e todas as três (100%) apresentaram CCIHs consolidadas, com 10 anos ou mais de existência e possuem Unidade de Terapia Intensiva Adulta (100%). A análise dos indicadores identificou que os três (100%) hospitais obtiveram conformidade total (100%) nos itens relacionados às diretrizes operacionais e ao sistema de vigilância epidemiológica, sugerindo uma boa organização das instituições, no que se refere à construção de normas, protocolos e ao monitoramento ativo e eficaz Infecções Hospitalares (IH). Já em relação à estrutura técnica-operacional houve uma conformidade geral de 86,7%, sendo que duas (67%) instituições obtiveram conformidade de 90% e uma (33%) de 80%, o que demonstra a necessidade de investimentos na construção de espaços físicos exclusivos para as CCIHs. O indicador que trata das atividades de controle e prevenção de IH foi o que apresentou menor conformidade (69,2%) dentre os analisados, com variação significativa entre as instituições, entre 57% e 86%, demonstrando deficiência na execução das atividades práticas de controle de infecção, tais como inspeções, treinamentos e avaliações de protocolos. Observa-se que os PCIH analisados possuem boa estrutura e diretrizes bem estabelecidas, mas enfrentam desafios na execução das atividades práticas de prevenção e controle. O estudo reforça a importância do treinamento contínuo e do engajamento das equipes de saúde, além da necessidade de monitoramento regular das práticas de controle para alcançar total conformidade nos indicadores. Por fim, recomenda-se que futuras pesquisas ampliem a análise para um número maior de instituições e explorem a relação entre a conformidade dos indicadores e os desfechos clínicos dos pacientes.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar. Controle de Infecção. Indicadores de Qualidade. Segurança do Paciente

ABSTRACT

Healthcare-Associated Infections (HAIs) are considered a public health problem and impact Patient Safety (PS), since they can lead to increased length of hospital stay, hospital costs, and morbidity and mortality rates. In this context, the Hospital Infection Control Program (HICP) plays an important role in the prevention and control of these infections, as it ensures the implementation of guidelines and monitoring practices. Therefore, evaluating the structure and processes of these programs is essential to ensure the effectiveness of prevention actions, optimize resources, reduce infections, and improve PS. This study sought to analyze the structure and process indicators of the HICPs of hospitals in the cities of Três Lagoas/MS and Dracena/SP. This is a multicenter, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in the cities of Três Lagoas, in the state of Mato Grosso do Sul, and Dracena, in the state of São Paulo. Data were collected from March to April 2023, through interviews and documentary analysis with the Hospital Infection Control Committees (CCIH) of the participating institutions. Indicators validated in the scientific literature available in the Manual of Indicators for the Assessment of Hospital Infection Control Practices were used. Three (33%) hospitals that provide generalist care participated in the research, one (67%) medium-sized and two (33%) large, two located in the municipality of Três Lagoas/MS and one in Dracena/SP. Only one (33%) institution has accreditation certification by the National Accreditation Organization and all three (100%) had consolidated CCIHs, with 10 years or more of existence and have an Adult Intensive Care Unit (100%). The analysis of the indicators identified that the three (100%) hospitals achieved full compliance (100%) in the items related to the operational guidelines and the epidemiological surveillance system, suggesting that the institutions are well organized in terms of developing standards, protocols, and active and effective monitoring of Hospital Infections (HI). Regarding the technical-operational structure, there was an overall compliance of 86.7%, with two (67%) institutions achieving 90% compliance and one (33%) achieving 80% compliance, which demonstrates the need for investments in the construction of exclusive physical spaces for the CCIHs. The indicator that deals with the activities of control and prevention of HI was the one that presented the lowest compliance (69.2%) among those analyzed, with significant variation between the institutions, between 57% and 86%, demonstrating deficiencies in the execution of practical activities of infection control, such as inspections, training, and protocol evaluations. It is observed that the CCIH analyzed have a good structure and well-established guidelines, but face challenges in the execution of practical activities of prevention and control. The study reinforces the importance of ongoing training and engagement of healthcare teams, as well as the need for regular monitoring of control practices to achieve full compliance with the indicators. Finally, it is recommended that future research expand the analysis to a larger number of institutions and explore the relationship between compliance with the indicators and clinical outcomes of patients.

Keywords: Hospital Infection. Infection Control. Quality Indicators. Patient Safety.

RESUMEN

Las infecciones asociadas a la atención médica (IAAS) se consideran un problema de salud pública e impactan la seguridad del paciente (SP), ya que pueden conducir a un aumento en la duración de la estadía hospitalaria, los costos hospitalarios y las tasas de morbilidad y mortalidad. En este contexto, el Programa de Control de Infecciones Hospitalarias (PCIH) juega un papel importante en la prevención y control de estas infecciones, ya que asegura la implementación de pautas y prácticas de monitoreo. Por ello, evaluar la estructura y los procesos de estos programas es fundamental para asegurar la efectividad de las acciones de prevención, optimizar recursos, reducir contagios y mejorar la PS. Este estudio buscó analizar la estructura y los indicadores de proceso del PCIH de hospitales de las ciudades de Três Lagoas/MS y Dracena/SP. Se trata de un estudio multicéntrico, transversal, con enfoque cuantitativo, realizado en los municipios de Três Lagoas, en el estado de Mato Grosso do Sul, y Dracena, en el estado de São Paulo. Los datos fueron recolectados de marzo a abril de 2023, mediante entrevistas y análisis documental con los Comités de Control de Infecciones Hospitalarias (CCIH) de las instituciones participantes. Se utilizaron indicadores validados en la literatura científica disponible en el Manual de Indicadores para la Evaluación de Prácticas de Control de Infecciones Hospitalarias. Participaron en la investigación tres (tres) hospitales que prestan atención general, uno (33%) de mediano porte y dos (67%) de gran porte, dos ubicados en el municipio de Três Lagoas/MS y uno en Dracena/SP. Sólo una institución (33%) cuenta con certificación de acreditación del Organismo Nacional de Acreditación y las tres (100%) cuentan con CCIH consolidados, con 10 años o más de existencia y cuentan con Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos (100%). El análisis de los indicadores identificó que los tres (100%) hospitales alcanzaron total cumplimiento (100%) en los ítems relacionados a las directrices operacionales y al sistema de vigilancia epidemiológica, sugiriendo una buena organización de las instituciones, en lo que se refiere a la construcción de normas, protocolos y monitoreo activo y efectivo de las Infecciones Hospitalarias (IH). Respecto a la estructura técnico-operativa, se presentó un cumplimiento general del 86.7%, logrando dos (67%) instituciones un cumplimiento del 90% y una (33%) del 80%, lo que demuestra la necesidad de inversiones en la construcción de espacios físicos exclusivos para los CCIH. El indicador que trata sobre las actividades de control y prevención de HI fue el que presentó menor cumplimiento (69,2%) entre los analizados, con variación significativa entre instituciones, entre 57% y 86%, demostrando deficiencias en la ejecución de actividades prácticas de control de infecciones, como inspecciones, capacitaciones y evaluaciones de protocolos. Se observa que los PCIH analizados tienen una buena estructura y directrices bien establecidas, pero enfrentan desafíos en la realización de actividades prácticas de prevención y control. El estudio refuerza la importancia de la formación continua y el compromiso de los equipos de salud, además de la necesidad de un seguimiento regular de las prácticas de control para lograr el pleno cumplimiento de los indicadores. Por último, se recomienda que futuras investigaciones amplíen el análisis a un mayor número de instituciones y exploren la relación entre el cumplimiento de los indicadores y los resultados clínicos de los pacientes.

Descriptor: Infección hospitalaria. Control de infecciones. Indicadores de calidad. Seguridad del paciente.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME	Ambulatório de Especialidades Médicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CG	Gabinete do Ministro
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSP	Cultura de Segurança do Paciente
CVD	Cateter urinário de demora
ECDC	Europa, o <i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
EUA	Estados Unidos da América
IH	Infecções Hospitalares
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PAVM	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PCCP	Indicador de Avaliação das Atividades de Controle e Prevenção de IH
PCDO	Indicador de Avaliação das Diretrizes Operacionais de Prevenção e Controle de IH
PCET	Indicador de Avaliação da Estrutura Técnico-Operacional de IH
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar
PCVE	Indicador de Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de IH
PIB	Produto Interno Bruto
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SP	Segurança do paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VE	Vigilância Epidemiológica

VM

Ventilador mecânico

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Indicadores de avaliação dos Programas de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.....	23
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos hospitais (n=3) segundo o tipo de assistência prestada, certificação de qualidade, porte, entidade mantenedora e constituição de CCIH. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.....	33
Tabela 2 - Perfil dos profissionais que compõem as CCIHs e os SCIHs. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.	34
Tabela 3 - Número de leitos, segundo o tipo terapia intensiva, disponíveis por hospital estudado. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.....	35
Tabela 4 - Percentual de conformidade dos indicadores aplicados nos hospitais, Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.	36
Tabela 5 - Valores de conformidade para o Indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do programa de controle e prevenção de infecção hospitalar aplicado, nas instituições de saúde. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.....	37
Tabela 6 - Valores de conformidade para o Indicador de Avaliação das Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCDO) aplicado nas instituições de saúde. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.....	38
Tabela 7 - Valores de conformidade para o Indicador de Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar (PCVE) aplicado nas instituições de saúde. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.	39
Tabela 8 - Valores de conformidade para o Indicador de Avaliação das atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar (PCCP), aplicado nas instituições de saúde. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.	40
Tabela 9 - Valores de conformidade por item do Indicador de Avaliação das Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar, aplicado nas instituições de saúde. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 INFECÇÃO HOSPITALAR.....	17
2.2 PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E A SEGURANÇA DO PACIENTE	19
2.3 AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	21
3 OBJETIVO.....	25
3.1 OBJETIVO GERAL	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4 MATERIAIS E MÉTODOS	26
4.1 DELINEAMENTO E LOCAL DO ESTUDO	26
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	27
4.3 COLETA DE DADOS	28
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	30
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
5 RESULTADOS.....	33
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES	33
5.2 ANÁLISE DOS INDICADORES	35
6 DISCUSSÃO	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	57
ANEXO I - Indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do PCIH (PCET)	60
ANEXO II - Diretrizes operacionais de prevenção e controle de IH (PCDO)	61
ANEXO III - Sistema de vigilância epidemiológica de IH (PCVE).....	62
ANEXO IV - Atividades de controle e prevenção de IH (PCCP).....	63
ANEXO V – Caracterização do serviço de saúde	64
ANEXO VI - Indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do PCIH (PCET) com resultados.....	65

ANEXO VII - Diretrizes operacionais de prevenção e controle de IH (PCDO) com resultados	66
ANEXO VIII - Sistema de vigilância epidemiológica de IH (PCVE) com resultados	67
ANEXO IX - Atividades de controle e prevenção de IH (PCCP) com resultados	68
ANEXO X – Parecer Consubstanciado	70

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são definidas como aquelas adquiridas durante a prestação de cuidados de saúde e que não estavam presentes ou em incubação no momento da admissão do paciente. Essas infecções podem manifestar-se durante a hospitalização ou após a alta, desde que estejam associadas a procedimentos invasivos, dispositivos médico-hospitalares ou outras intervenções assistenciais. Consideradas um desafio global na área da saúde, as IRAS representam uma ameaça significativa à Segurança do Paciente (SP), comprometendo a qualidade dos serviços hospitalares ao prolongar o tempo de internação, aumentar os custos hospitalares, causar sequelas irreversíveis e, em casos mais graves, levar ao óbito (ANVISA, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 7% dos pacientes hospitalizados em países desenvolvidos e 15% nos países em desenvolvimento adquirem pelo menos uma IRAS durante a internação (OMS, 2022). Nos Estados Unidos da América (EUA), dados dos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) indicam que, diariamente, 1 em cada 31 pacientes contrai uma infecção associada aos cuidados de saúde (CDC, 2023). Já na Europa, o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) reporta que, entre 2021 e 2023, 7,1% dos pacientes hospitalizados desenvolveram pelo menos uma IRAS, sendo a infecção do sítio cirúrgico a mais frequente (ECDC, 2024). No Brasil, apesar da escassez de informações nacionais consolidadas, estima-se que aproximadamente 14% dos pacientes internados são acometidos por alguma Infecção Hospitalar (IH) (RODRIGUEZ; BARAHONA; MOYA, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2021; OLIVEIRA; BUSTAMANTE; BESEN, 2022).

Diante da necessidade de minimizar essa problemática, o Ministério da Saúde instituiu, em 1983, o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, considerado a primeira normatização brasileira voltada ao controle de infecções no ambiente hospitalar. Posteriormente, em 1997, foi sancionada a Lei nº 9.431, que tornou obrigatória a implementação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) em todos os hospitais do país e determinou a criação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Em complemento, a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.616, de 1998, estabelece diretrizes nacionais para a prevenção e controle das IRAS (BRASIL, 1997; HOYASHI *et al.*, 2017).

O PCIH é definido como um conjunto de ações sistemáticas e deliberadas, voltadas à redução máxima da incidência e gravidade das infecções hospitalares (IH). A supervisão da

execução do PCIH é realizada pela CCIH, uma comissão multidisciplinar responsável pela elaboração, implementação e monitoramento das ações de prevenção e controle das IRAS (BRASIL, 1997; LAMBLET; PADOVEZE, 2018; ANVISA, 2021).

As CCIHs desempenham um papel essencial na melhoria contínua das práticas de controle de infecções, pois permitem identificar riscos e desenvolver políticas preventivas. Alshammari *et al.* (2022) destacam que a atuação da CCIH vai além da resposta a surtos, abrangendo a antecipação e mitigação de impactos clínicos, tornando-se, assim, um componente fundamental da gestão hospitalar.

Com os avanços tecnológicos e científicos, os desafios relacionados às IRAS tornaram-se cada vez mais complexos, exigindo dos gestores de saúde a adoção de sistemas de avaliação da qualidade dos serviços. Entre as abordagens mais eficazes para esse monitoramento está o uso de indicadores de qualidade, que permitem identificar padrões de desempenho, analisar resultados obtidos e direcionar intervenções corretivas e preventivas. Dessa forma, a aplicação sistemática de indicadores de estrutura e processo contribui para a melhoria contínua dos serviços de saúde (SILVA; LACERDA, 2011; SILVA, 2019).

Estudos conduzidos por Meneguetti (2013) e Giroti *et al.* (2018) demonstram que a aplicação de indicadores é fundamental para avaliar a adequação da estrutura e dos processos dos PCIH, garantindo maior segurança para os pacientes hospitalizados. Considerando a relevância dessa temática, este estudo analisou os indicadores de estrutura e processo dos PCIH nos hospitais dos municípios de Três Lagoas/MS e Dracena/SP, fornecendo subsídios científicos, administrativos e técnicos para os gestores hospitalares. A intenção é possibilitar a revisão de processos, reorganização de práticas assistenciais e fortalecimento da segurança do paciente.

Espera-se que os resultados obtidos possam servir como referência para a formulação de novas diretrizes e recomendações, contribuindo para a efetividade das ações de prevenção e controle das IRAS. Assim, o estudo pretende gerar impactos positivos na saúde pública, auxiliando na redução das infecções hospitalares e na melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 INFECÇÃO HOSPITALAR

O Ministério da Saúde do Brasil define as Infecções Hospitalares (IH), também denominadas como Infecções Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), como aquelas que ocorrem após a admissão do paciente, durante a internação ou após uma intervenção, e que não estavam presentes nem em período de incubação no momento da admissão. Clinicamente, essas infecções podem manifestar-se de 48 a 72 horas após a internação ou mesmo após a alta, desde que estejam relacionadas a procedimentos realizados durante o período hospitalar (ARAÚJO *et al.*, 2019; PETRUCIO *et al.*, 2021; ANVISA, 2021).

Os mecanismos de transmissão, controle e tratamento das IRAS são estudados e debatidos desde a Idade Média. Em 1546, o médico italiano Francastorius já apresentava a teoria de que algumas doenças eram transmitidas por corpúsculos, denominados semente da moléstia, que eram passados de uma pessoa para outra pelo contato direto ou por meio de roupas e objetos (RODRIGUES, 1997). Entretanto, somente no século XIX foram realizadas descobertas, no campo da microbiologia, que impactaram diretamente na prevenção e no controle das IRAS (FONTANA, 2006).

Louis Pasteur, em 1856, por meio de observações realizadas na indústria alimentícia, descobriu que perdas de vinhos e cervejas poderiam ser evitadas se os micro-organismos fossem eliminados utilizando-se uma temperatura de 60°C, método que ficou conhecido até os dias atuais como pasteurização (FONTANA, 2006).

Já na área da saúde foi Ignaz Philipp Semmelweis (1847) quem realizou estudos e ganhou notoriedade ao confirmar a hipótese que as doenças poderiam ser transmitidas dentro dos hospitais. As observações realizadas pelo médico indicavam que a mortalidade materna era menor na clínica que as parteiras ensinavam obstetrizes quando comparada aos partos realizados por estudantes de medicina, sendo que isso ocorria devido a livre circulação dos estudantes entre as salas de parto e a sala de necrópsia. Após diversas análises, Semmelweis instituiu, em 1847, a lavagem obrigatória das mãos para médicos, estudantes e equipe de enfermagem com solução clorada, o que reduziu a mortalidade de 12,24%, em maio, para 2,38% em junho e 1,2% em julho (FONTANA, 2006).

Atualmente, apesar dos avanços científicos e tecnológicos, as IRAS ainda são consideradas um problema de saúde pública e crescem, a cada ano, tanto em incidência quanto em complexidade (PETRUCIO *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2021). Estima-se que nos

Estados Unidos da América (EUA) a cada dia, aproximadamente 1 em 31 pacientes contrai pelo menos uma infecção associada aos cuidados de saúde, representando um total anual de 98.000 mortes (CDC, 2023). Na Europa, dados de prevalência indicam que, de 2021 a 2023, 7,1% dos pacientes hospitalizados desenvolvem pelo menos uma IRAS, sendo mais frequente a infecção do sítio cirúrgico (25,7%) (ECDC, 2024).

Nos países em desenvolvimento, a incidência de IRAS pode chegar a 15%, ou seja, 15 em cada 100 pacientes hospitalizados podem desenvolver pelo menos um tipo de infecção (RODRIGUEZ; BARAHOMA; MOYA, 2019; OLIVEIRA; BUSTAMANTE; BESEN, 2022). No Brasil, informações sobre a incidência e prevalência das IRAS ainda são escassas, porém dados indicam que aproximadamente 14% dos pacientes internados, no país, são acometidos por alguma IH (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

A prevenção e controle das IRAS torna-se desafiadora devido a sua etiologia complexa e multifatorial, que envolve uma combinação de fatores que podem estar relacionados ao paciente, ao ambiente hospitalar e às práticas assistenciais. Entretanto, acredita-se que a maior parte destas tem origem na relação entre a microbiota humana normal com os mecanismos de defesa do organismo, que podem ser ativados em razão da patologia de base do paciente ou da realização de procedimentos invasivos (ARAÚJO *et al.*, 2019).

O conhecimento do processo saúde/doença, do ponto de vista epidemiológico, e dos fatores de risco vem se revelando um requisito necessário para compreensão da cadeia causal que leva ao surgimento das IH. Os fatores de risco para as IRAS possuem relação direta aos procedimentos realizados, o estado nutricional dos pacientes e ao tempo de internação, sendo que indivíduos internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são considerados altamente vulneráveis devido às condições clínicas, que, frequentemente, necessitam de procedimentos invasivos, tais como intubação, cateterização, ventilação mecânica entre outros. Esses procedimentos rompem a microbiota natural e aumentam, significativamente, o risco nestas unidades que apresentam taxas de infecção que variam entre 9% e 40% (OLIVEIRA *et al.*, 2021; GAMA, BACKMAN; OLIVEIRA, 2022).

As IRAS podem surgir em diferentes sistemas, porém as com maior relevância epidemiológica são aquelas relacionadas ao trato respiratório, a corrente sanguínea e o trato urinário. Entre estas, as infecções respiratórias são consideradas as mais complexas, incluindo pneumonia e distúrbios associados à intubação orotraqueal, tais como a traqueobronquite e a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM) (RATHOR; SHARMA, 2019).

Além dos danos à saúde dos pacientes, essas infecções também representam impacto significativo nos custos hospitalares devido ao prolongamento do tempo de internação e a

necessidade de tratamentos adicionais. Estima-se que indivíduos acometidos por IRAS podem gerar custos de internação até quatro vezes superiores em relação àqueles que não apresentam essas infecções (LEAL; FREITAS-VILELA, 2020).

Pesquisa realizada na UTI de um hospital público do estado de Goiás, Brasil, revelou que o custo médio de internação para pacientes com IRAS foi de R\$16.132,21, enquanto o daqueles sem IRAS foi de R\$4.014,26. Além disso, a média de permanência hospitalar foi significativamente maior, alcançando 35 dias entre os pacientes com IRAS, em comparação a 12,9 dias para aqueles sem infecção (LEAL; FREITAS-VILELA, 2020). Na pediatria, estudo revelou que a presença de IRAS aumentou em 4,2 vezes os custos da hospitalização, sendo que em pacientes com dois ou mais sítios infecciosos e os que desenvolveram sepse, os custos médios foram de R\$ 81.037,57 e R\$ 46.315,63 (LEONCIO *et.al*, 2019).

Diante dos desafios encontrados para o tratamento eficiente das IRAS, as autoridades de saúde recomendam, unanimemente, que as instituições hospitalares devem priorizar a prevenção e o controle de infecções (ANVISA, 2023). Em âmbito nacional a alta mortalidade e o aumento dos custos relacionados às IH levou a criação do Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, instituído em 1983 pela Portaria nº 196/83 do Ministério da Saúde. Anos mais tarde, a Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, tornou obrigatória a implementação dos PCIH em todas as instituições de saúde do país. Já em 1998, a Portaria nº 2.616, de 12 de maio, veio para complementar as ações ao estabelecer diretrizes e normas específicas para a execução dos programas, definindo responsabilidades e medidas voltadas à prevenção e controle das IRAS.

Atualmente, as principais recomendações para a prevenção e controle das IRAS incluem: (1) estímulo a higienização simples das mãos; (2) uso racional de antimicrobianos; (3) educação e treinamento contínuo das equipes de saúde; (4) implementação de protocolos e diretrizes assistenciais; e (5) vigilância epidemiológica (BRASIL, 2017).

2.2 PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E A SEGURANÇA DO PACIENTE

O Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar foi instituído no ano de 1983, pela Portaria nº 196/83 do Ministério da Saúde, e é considerado a primeira normatização brasileira, relacionada às medidas de controle de infecção centradas em nível hospitalar. A referida portaria definiu regras quanto à estrutura e ao funcionamento das

instituições de cuidado em saúde e tornou obrigatória a constituição da CCIH e o monitoramento das taxas de IHS (BRASIL, 1983).

O PCIH foi estabelecido pela Portaria nº 2.616/1998 e pela Lei nº 9.431/1997, que determinam diretrizes e obrigações para a prevenção e controle das IRAS em território nacional, e é definido como o “conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares” (BRASIL, 1997).

Para a correta implementação do PCIH, os hospitais devem criar uma CCIH que atua como uma assessoria à autoridade máxima da instituição e é responsável pela execução das ações previstas. Esta tem caráter multidisciplinar e é constituída por médicos, enfermeiros e gestores que se encarregam por uma série de medidas que devem ser adotadas para minimizar a frequência e gravidade das IHS (BARBOSA, 2019).

As atividades realizadas pela CCIH englobam um conjunto estratégico de medidas essenciais para prevenir e controlar as IRAS, sendo que, entre essas ações, destacam-se a identificação de casos de IH, a criação de normas e protocolos padronizados para o controle e a prevenção de infecções, além da oferta de treinamentos contínuos para os profissionais de saúde. A comissão também orienta e monitora o uso de antimicrobianos, contribuindo para a redução da resistência bacteriana, e fornece suporte técnico à administração hospitalar na implementação de políticas mais eficazes (ANVISA, 2021).

Alshammari *et al.* (2022) indicam que as CCIHs exercem um papel essencial no monitoramento e no aprimoramento contínuo das práticas de controle de infecções, identificando riscos e desenvolvendo políticas preventivas. Dessa forma, a comissão não apenas lida com os problemas existentes, mas também se antecipa a possíveis surtos, mitigando seus impactos clínicos.

As ações de prevenção e controle supervisionadas pela CCIH visam reduzir a incidência de infecções, protegendo pacientes, profissionais de saúde e visitantes. Segundo Ghafoor *et al.* (2021), a adesão às regras padrão e a implementação de práticas baseadas em evidências são aspectos fundamentais para evitar a transmissão de infecções. A qualidade das práticas assistenciais e a efetividade das ações implementadas devem ser constantemente avaliadas por meio de indicadores, a fim de garantir um cuidado seguro.

A Segurança do Paciente (SP) tem sido uma tendência global nas últimas décadas, o que se reflete no investimento crescente na melhoria da qualidade dos serviços de saúde e na disseminação de boas práticas (LIMA *et al.*, 2022). A SP consiste em minimizar o risco de dano ao paciente a um nível aceitável e é considerada um processo contínuo que inclui

atividades educativas e sistemáticas para identificar e analisar Eventos Adversos (EA) e situações de risco (SIMAN *et al.*, 2019).

Compreendendo a problemática causada pelas IRAS em todo o mundo, a OMS, em 2004, criou a *World Alliance for Patient Safety*, que inicialmente priorizou dois desafios globais. O primeiro foi voltado para a redução das infecções associadas ao cuidado em saúde, por meio da campanha de higienização das mãos. O segundo buscava promover uma cirurgia mais segura por meio da adoção de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico (BRASIL, 2014).

Seguindo a tendência mundial, em 2013, o Brasil lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que estabelece ações para a promoção da SP e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, com o objetivo de contribuir para a qualidade e segurança do paciente em todas as unidades de saúde do país, visando prevenir, monitorar e minimizar a incidência de eventos desfavoráveis na assistência prestada (MILANI; VENDRESEN, 2019; ESPÍNDOLA *et al.*, 2020).

No contexto do PNSP, as IRAS são consideradas um indicador da qualidade do atendimento oferecido ao paciente, pois acredita-se que esse tipo de EA pode ser evitado por meio de um comportamento adequado dos profissionais de saúde (ALSHAMMARI *et al.*, 2022). De acordo com a OMS (2020), devido à taxa crescente de infecções associadas aos cuidados de saúde, existe um consenso mundial sobre a urgência de todas as unidades de saúde criarem PCIH, visto que esses comitês podem auxiliar no monitoramento e na melhoria das práticas de prevenção e controle de infecções (GARBUIO *et al.*, 2022).

Dessa forma, observa-se que o PCIH, coordenado pela CCIH, é uma ferramenta estratégica e essencial para garantir a segurança do paciente, uma vez que a implementação de programas eficazes de controle de infecção pode auxiliar na redução significativa da incidência das IRAS, melhorar os resultados clínicos e diminuir os custos hospitalares (ALSHAMMARI *et al.*, 2022). Além disso, as ações conduzidas pelas CCIHs fomentam uma cultura de segurança, garantindo que a prevenção de infecções seja tratada como prioridade em todos os níveis de assistência.

A CCIH, por meio do PCIH, desempenha um papel fundamental na promoção da segurança e da qualidade nos serviços de saúde, assegurando que práticas baseadas em evidências sejam aplicadas de forma consistente e contínua para prevenir e controlar as IRAS.

2.3 AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Ao longo dos anos, evidências científicas têm demonstrado que, embora a criação e a implementação dos PCIH sejam fundamentais, elas, por si só, não garantem um controle eficaz nem a prevenção adequada das IRAS. Diante desse desafio, gestores de saúde vêm adotando sistemas de avaliação da qualidade dos serviços e das práticas assistenciais como ferramentas estratégicas para aprimorar o cuidado prestado. Uma das abordagens mais eficientes para essa avaliação é a utilização de indicadores de qualidade. Esses indicadores, que consistem em medidas quantitativas, permitem representar variáveis, características ou elementos de um determinado processo ou sistema. Com eles, é possível identificar padrões de desempenho, analisar os resultados obtidos — sejam eles positivos ou negativos — e direcionar intervenções corretivas e preventivas, promovendo a melhoria contínua dos serviços de saúde (SILVA; LACERDA, 2011; SILVA, 2019).

Segundo Donabedian (1988), os indicadores de qualidade em saúde podem ser considerados uma tríade composta pelas seguintes divisões: estrutura, processo e resultados. Os indicadores são ferramentas indispensáveis para identificar problemas e propor soluções, oferecendo uma base sólida para o planejamento e a gestão de programas voltados à área da saúde (RAMA, 2021; SANTOS *et al.*, 2021)

A literatura científica tem enfatizado a crescente diversidade de indicadores de qualidade em saúde, evidenciando a complexidade e a abrangência do cuidado no contexto atual. O uso dessas ferramentas de gestão é essencial para monitorar, avaliar e aprimorar a eficácia, eficiência e segurança das práticas assistenciais. Além disso, os indicadores englobam uma ampla gama de métricas e medidas, cada uma voltada para a avaliação de diferentes aspectos da qualidade dos serviços de saúde, permitindo uma abordagem mais estruturada e baseada em evidências para a tomada de decisões (BÁO *et al.*, 2018; MENDES, 2023).

Os indicadores centrados na avaliação da SP são categorizados da seguinte forma: (I) aqueles que envolvem a contagem de eventos adversos e a expectativa de sua ausência; e (II) aqueles que agrupam indicadores relacionados a boas práticas, destinados a medir aspectos estruturais e processuais cujo impacto na segurança do paciente já foi cientificamente comprovado. Essa categorização reflete uma abordagem de medição alinhada ao desenvolvimento conceitual da SP, com o objetivo de reduzir riscos (SELISTRE, 2019).

No contexto dos PCIH, os indicadores desenvolvidos em 2007 e validados por Silva e Lacerda em 2011 são considerados relevantes devido à sua contínua aplicabilidade e por serem capazes de avaliar os PCIH de forma abrangente, considerando aspectos estruturais, processuais e de resultado. A validação científica realizada confere-lhes robustez e

confiabilidade, tornando-os essenciais para a avaliação e o aprimoramento dos PCIH. Dessa forma, embora novos indicadores de qualidade em saúde tenham sido desenvolvidos nos últimos anos, os propostos por Silva e Lacerda continuam sendo altamente pertinentes para a avaliação dos PCIH, pois sua fundamentação teórica sólida e sua validação científica garantem eficácia na identificação de áreas que necessitam de melhorias, contribuindo significativamente para a SP e a qualidade dos serviços de saúde.

Estes indicadores estão divididos em quatro categorias:

1. Estrutura Técnico-Operacional' (PCET);
2. Diretrizes Operacionais (PCDO);
3. Sistema de Vigilância Epidemiológica (PVCE); e
4. Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCCP).

Essa divisão permite uma avaliação sistemática e detalhada dos PCIH, fornecendo subsídios para a implementação de ações corretivas e estratégias de melhoria contínua nos serviços de saúde (Quadro 1) (SILVA, 2019; NEVES; FLÓRIO; ZANIN, 2022).

Quadro 1 - Indicadores de avaliação dos Programas de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

CATEGORIA	COMPONENTES DE AVALIAÇÃO
Estrutura Técnico-Operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCET)	Avalia estrutura, abrangendo a composição e suporte técnico-operacional, como pessoal, componentes humanos, técnicos, administrativos e de infraestrutura que integram o PCIH. Envolve dez elementos de avaliação.
Diretrizes Operacionais de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (PCDO)	Avalia diretrizes operacionais em áreas ou serviços hospitalares, que podem incluir manuais, normas e procedimentos operacionais desenvolvidos ou adotados pelo PCIH. Contém 15 elementos de avaliação.
Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar (PCVE)	Analisa se os PCIH possuem e efetivamente aplicam um sistema de monitoramento epidemiológico, por meio de ações como investigação ativa, perfil de indicadores epidemiológicos, detecção e relato de casos de IRAS. Conta com 10 elementos de avaliação.
Atividades de controle de prevenção de Infecção Hospitalar (PCCP)	Avalia as ações de prevenção e controle de IRAS em diferentes serviços ou áreas hospitalares, abrangendo inspeções, orientações e avaliações da aplicabilidade de diretrizes, participação em reuniões de setores, oferecimento de consultas e respostas a questionamentos diários quando surgem, entre outras atividades. Envolve 14 elementos de avaliação.

Fonte: São Paulo (2006)

A importância desses indicadores não pode ser subestimada, pois eles permitem que as instituições de saúde identifiquem áreas de risco, rastreiem tendências e tomem medidas proativas para evitar a disseminação de infecções. Além disso, fornecem informações valiosas

para os profissionais de saúde, possibilitando a melhoria das práticas assistenciais e a atualização do conhecimento por meio do contato com diretrizes e protocolos (SILVA, 2019; NEVES; SELISTRE, 2019; FLÓRIO; ZANIN, 2022).

A Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção dos Hospitais (2013-2021) reforça a importância dos indicadores como ferramentas estratégicas para as CCIHs, uma vez que identificou pontos fortes e fragilidades nos programas, auxiliando no planejamento de ações voltadas para a melhoria contínua e a sustentabilidade a longo prazo (ANVISA, 2021). Esses dados indicam que a adoção de indicadores contribui significativamente para a SP e para a qualidade dos serviços de saúde, alinhando-se às melhores práticas internacionais.

Os indicadores também desempenham um papel essencial na prestação de contas, visto que permitem aos hospitais demonstrar seu compromisso com a SP perante órgãos reguladores, pacientes e suas famílias. Isso contribui para a construção de confiança e transparência no sistema de saúde (CEARÁ, 2022).

A evolução dos indicadores para a avaliação de programas de controle de infecção hospitalar reflete os avanços na compreensão e na gestão das infecções, visto que, à medida que novas ameaças surgem, como a resistência antimicrobiana, esses indicadores se adaptam para abordar os desafios emergentes.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os indicadores de estrutura e processo dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar dos hospitais dos municípios de Três Lagoas/MS e Dracena/SP.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os serviços de saúde;
2. Calcular e apresentar os índices de conformidade das atividades dos PCIHs;
3. Discutir a conformidade das medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado nos municípios de Três Lagoas, no estado de Mato Grosso do Sul, e Dracena, no estado de São Paulo.

Três Lagoas está localizada na região leste do estado de Mato Grosso do Sul, e possui, aproximadamente, 132.152 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022). Atualmente, a cidade é polo da macrorregião de saúde, sendo referência no atendimento médico-hospitalar para os municípios de Água Clara, Aparecida do Taboado, Bataguassu, Brasilândia, Cassilândia, Inocência, Paranaíba, Santa Rita do Pardo, Selvíria e Três Lagoas (BRASIL, 2019).

O perfil epidemiológico local aponta que as principais causas de internação hospitalar incluem doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório e lesões decorrentes de causas externas (TRÊS LAGOAS, 2020). Além disso, é possível observar que o município, em determinados períodos do ano, enfrenta surtos de dengue e infecções respiratórias comunitárias.

A composição de sua rede de saúde é abrangente e conta com diversas Unidades de Saúde da Família (USFs) e Unidades Básicas de Saúde (UBSs), distribuídas em diferentes bairros, três (03) hospitais, uma (01) Unidade de Pronto Atendimento (UPA), dois (02) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) — CAPS II e CAPS AD (Álcool e Drogas) —, uma (01) clínica do idoso, uma (01) clínica da mulher, um (01) centro de especialidades médicas, uma (01) academia da saúde, um (01) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), além de outros serviços específicos, como a Unidade de Atendimento Prisional e o Consultório na Rua (TRÊS LAGOAS, 2025).

Já Dracena, município localizado no oeste do estado de São Paulo, possui uma população estimada em 45.474 habitantes, segundo o IBGE (2022). Embora esteja classificada em posição inferior na hierarquia da rede polarizada de Presidente Prudente, destaca-se na microrregião como o centro urbano mais dinâmico economicamente, sendo considerada a cidade de maior importância e dinamismo em relação às demais (ANTUNES; HESPANHOL, 2019).

No que diz respeito à epidemiologia, observa-se uma prevalência significativa de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, refletindo o

envelhecimento populacional e as mudanças ocorridas ao longo dos anos no estilo de vida da população em geral. Além disso, há a presença sazonal de doenças infectocontagiosas, como a dengue (IBGE, 2020).

A rede de saúde de Dracena é composta por um (01) hospital, um (01) Ambulatório de Especialidades Médicas (AME), um (01) CAPS I e UBSs estrategicamente distribuídas para atender aos diferentes bairros e distritos. Duas dessas unidades se destacam por oferecer serviços essenciais, como consultas médicas e odontológicas, programas de vacinação e ações vinculadas ao Programa Saúde da Família (DRACENA, 2024).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Consideraram-se elegíveis para compor a amostra desta pesquisa hospitais gerais e/ou especializados, públicos e/ou privados, localizados nos municípios de Três Lagoas/MS e Dracena/SP, que possuíssem CCIH e que foram identificados durante consulta realizada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Não foram convidados a participar os serviços de saúde destinados ao tratamento de doenças mentais, os serviços não cadastrados no CNES e as unidades que realizavam exclusivamente atendimento ambulatorial.

Após a identificação das instituições hospitalares, a pesquisadora encaminhou uma carta-convite à Diretoria de cada unidade, explicando o objetivo da pesquisa e os possíveis benefícios advindos da participação do estabelecimento de saúde. Os três hospitais que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar deste estudo e aceitaram. Entre eles, o Hospital Auxiliadora e a CASSEMS - Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul estão localizados em Três Lagoas/MS, enquanto a Santa Casa de Dracena está situada em Dracena/SP.

Ressalta-se que, no momento do delineamento deste estudo, o Hospital Regional de Três Lagoas ainda não havia sido inaugurado, o que ocorreu somente no mês de junho de 2022. Embora, durante a coleta de dados, o hospital já estivesse inaugurado, sua operação plena ainda não estava consolidada. Essas circunstâncias justificam a exclusão desse estabelecimento de saúde da pesquisa, uma vez que, para o cumprimento do objetivo proposto, era necessário que as unidades de saúde estivessem com suas atividades plenamente estabelecidas e consolidadas.

Para identificação dos hospitais incluídos na amostra deste estudo, utilizar-se-á a seguinte codificação:

Hosp_1 – localizado em Três Lagoas/MS, com certificação de qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e que realiza atendimento de pacientes do SUS;

Hosp_2 – localizado em Três Lagoas/MS e não realiza atendimentos pelo SUS;

Hosp_3 – localizado em Dracena/SP e que realiza atendimento de pacientes do SUS.

O Hosp_1 possui 188 leitos, dos quais 60% são destinados ao atendimento de usuários do SUS, distribuídos nas enfermarias adulto, apartamentos, internação pediátrica, maternidade, berçário, unidades de terapia intensiva (adulto e neonatal), centro cirúrgico, pronto-socorro, hemodiálise entre outros. A instituição possui certificação de qualidade nível II pela ONA e recebe estudantes de graduação para realização de estágios e aulas práticas há mais de 20 anos.

O Hosp_2 possui 58 leitos, todos destinados ao atendimento de pacientes com planos de saúde e/ou particulares, distribuídos entre enfermarias adultas, apartamentos, internação pediátrica, maternidade, berçário, unidades de terapia intensiva (adulto e neonatal), centro cirúrgico e pronto-socorro. A instituição não recebe estudantes de graduação.

O Hosp_3 possui 163 leitos, dos quais 60% são destinados ao atendimento de usuários do SUS, distribuídos entre enfermarias masculinas e femininas adultas, apartamentos, unidade de pediatria, maternidade, berçário e unidades de terapia intensiva. Sua infraestrutura conta ainda com serviços de farmácia, centro cirúrgico, maternidade, central de esterilização de materiais, laboratório de análises clínicas, unidade de coleta e transfusão de sangue (banco de sangue), centro de diagnóstico por imagem (raios X, ultrassom e tomografia computadorizada), terapia renal substitutiva (hemodiálise e diálise peritoneal), serviço ambulatorial de pequenas cirurgias e ambulatório de ortopedia e traumatologia. A instituição caracteriza-se como campo para realização de aulas práticas e estágios obrigatórios de cursos da área da saúde.

4.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados de março a abril de 2023 por meio de uma entrevista semiestruturada, utilizada para a caracterização dos serviços de saúde, e da aplicação de indicadores clínicos processuais validados.

A pesquisadora entrou em contato, via telefone, com as enfermeiras responsáveis pelos SCIHs dos hospitais incluídos na amostra deste estudo e agendou a coleta de dados. Nos dias e horários estabelecidos, as enfermeiras receberam a pesquisadora, responderam às perguntas da entrevista e apresentaram os documentos que permitiram a análise da

conformidade dos indicadores. Ressalta-se que não houve visita *in loco* às unidades de internação e/ou entrevista com outros trabalhadores dos hospitais avaliados.

Para a entrevista semiestruturada, utilizou-se o instrumento (Anexo I) formulado por Meneguetti (2013) e adaptado por Giroti *et al.* (2018). Optou-se pela versão adaptada por se considerar mais compatível com a realidade dos municípios onde o estudo foi conduzido. O instrumento é composto por questões relativas ao porte do estabelecimento de saúde, tipo de atendimento realizado/oferecido, existência de certificação de qualidade, natureza jurídica, presença de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além da composição e estrutura da CCIH.

As atividades de coleta de dados tiveram início às 8 horas da manhã, na sala das enfermeiras, que, após apresentarem brevemente a equipe mínima da CCIH, responderam à entrevista, a qual teve duração aproximada de duas horas em cada instituição. Na sequência, foram dedicadas quatro horas à análise de documentos, incluindo protocolos, manuais, atas e outros registros previamente solicitados. Nenhum desafio significativo foi identificado nesta etapa, devido à colaboração da equipe.

Todas as enfermeiras demonstraram comprometimento e profissionalismo, proporcionando um ambiente acolhedor e colaborativo. A padronização das entrevistas e o alinhamento prévio na separação dos documentos foram fundamentais para o sucesso da coleta de dados, que ocorreu sem intercorrências ou atrasos. Dessa forma, o planejamento e a receptividade das equipes asseguraram a obtenção de informações completas e confiáveis para o estudo.

Para a análise das conformidades das práticas estabelecidas pelo Programa de Controle de Infecção Hospitalar, foram utilizados quatro indicadores que compõem o *Manual de Indicadores de Avaliação de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar* (SÃO PAULO, 2006), sendo eles:

I - Indicador de Avaliação da Estrutura Técnico-Operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCET): objetiva proporcionar a análise dos recursos humanos, técnicos, administrativos e da infraestrutura que integram o PCIH e identificar se a presença desses elementos é capaz de permitir a identificação, a análise e comunicação dos eventos adversos relacionados às IRAS. Adicionalmente, o cálculo deste indicador auxilia na avaliação da implementação das ações de prevenção e controle dessas infecções (Anexo II).

II - Indicador de Avaliação das Diretrizes Operacionais de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (PCDO): busca verificar a existência de diretrizes operacionais para o controle e prevenção das IRAS, tais como manuais de normas, rotinas, protocolos, fluxos de atendimento e condutas (Anexo III).

III - Indicador de Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar (PCVE): objetiva avaliar se o SCIH atua de forma ativa, realizando vigilância epidemiológica das IRAS, incluindo a realização de busca ativa e a notificação de casos durante o período de internação e/ou após a alta (Anexo IV).

IV - Indicador de Avaliação das Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar: destinado a analisar as atividades desenvolvidas pelos membros do SCIH nas unidades hospitalares, focadas no controle e prevenção das infecções, como, por exemplo, inspeções programadas, orientações, treinamentos, avaliação de protocolos implementados, reuniões para esclarecimento de dúvidas e atendimento às demandas espontâneas que surgem no cotidiano do serviço hospitalar.

Os referidos indicadores foram validados cientificamente por três métodos: a) fundamentação teórico-científica; b) ajuste e padronização; c) validade de conteúdo.

A fundamentação teórico-científica foi realizada consultando-se publicações científicas, principalmente as diretrizes clínicas de entidades nacionais e internacionais. O ajuste e padronização de cada indicador ocorreu por meio da técnica de Grupo Nominal na qual os membros do grupo se reuniram, sugeriram, discutiram e priorizaram o conteúdo dos instrumentos. Por último, aplicou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) considerando as escalas psicométricas de 4 valores (4, 3, 2, 1), sendo considerado válido o indicador que atingiu IVC mínimo de 0,75.

Durante a avaliação documental e o preenchimento da planilha, a pesquisadora considerou para cada item que compõe os indicadores, A (atende), quando a atividade sob avaliação havia sido realizada e os resultados estavam registrados, NA (não atende), quando a atividade não foi realizada e/ou não estava registrada e IN (inaplicável), quando a instituição avaliada não possuía algum setor que contemplava e/ou incorporava a atividade de prevenção e controle de IRAS avaliada.

Ressalta-se que não há, na literatura, indicadores mais atualizados para analisar as atividades desenvolvidas pelos SCHI e pelas CCIHs, uma vez que a portaria do Ministério da Saúde que trata sobre a temática data o ano de 1.998.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados referentes à caracterização dos serviços de saúde, foram tabulados em planilha eletrônica do programa *Excel*® 365 e analisados por meio da estatística descritiva.

O cálculo para verificar a conformidade de cada indicador foi realizado, de acordo com as orientações do Manual de Indicadores de Avaliação de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar (SÃO PAULO, 2006), conforme segue:

1. Indicador de Avaliação da Estrutura Técnico-Operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCET):

$$\frac{\text{Total de componentes da estrutura técnico-operacional do PCIH atendidos}}{\text{Total de componentes da estrutura técnico-operacional do PCIH}} \times 100$$

2. Indicador de Avaliação das Diretrizes Operacionais de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (PCDO):

$$\frac{\text{Total de componentes das diretrizes operacionais de controle e prevenção de IH avaliados como atendidos e aplicáveis ao serviço de saúde}}{\text{Total de componentes de avaliação das diretrizes operacionais de controle e prevenção de IH aplicáveis ao serviço de saúde}} \times 100$$

3. Indicador de Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar (PCVE):

$$\frac{\text{Componentes de vigilância epidemiológica do PCIH atendidos, na instituição}}{\text{Total de componentes de vigilância epidemiológica do PCIH}} \times 100$$

4. Indicador de Avaliação das atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar

$$\frac{\text{Componentes de atividades de controle e prevenção de IH atendidos e aplicáveis à instituição}}{\text{Total de componentes de atividades de controle e prevenção de IH aplicáveis à instituição}} \times 100$$

Segundo o Manual de Indicadores de Avaliação de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar (São Paulo, 2006) e a Portaria MS/GM 2.616/98 do Ministério da Saúde considera-se ideal, que o cálculo de cada indicador apresente conformidade de 100%. Entretanto, neste

estudo será considerado o critério de conformidade parcial, estabelecido por Meneguetti (2013), aplicado quando os serviços de saúde apresentarem parte da documentação ou documentos desatualizados e o componente “não se aplica” para os itens não disponíveis nos serviços avaliados.

Os dados coletados foram submetidos à codificação apropriada e exportados para uma planilha do *Excel*[®]. A análise estatística foi conduzida pela pesquisadora empregando técnicas de estatística descritiva.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, localizado na sede da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, conforme parecer nº 5.921.221/2023.

Os hospitais selecionados, após busca no CNES, receberam uma carta de apresentação da pesquisa e foram incluídos na amostra somente após a assinatura da carta de anuência pelo dirigente responsável pelo serviço. No momento da coleta de dados, os responsáveis pelas CCIHs receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I), que foi assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com a participante que representava a instituição.

Os serviços de saúde possuem livre acesso aos dados coletados e foram informados de que não receberiam nenhum bônus nem teriam ônus pela participação no estudo.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Participaram da pesquisa três (03) hospitais que realizam atendimento generalista, sendo um (33%) de médio porte e dois (67%) de grande porte, conforme a classificação estabelecida pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Anvisa. Desses, apenas um (33%) possui certificação de acreditação pela Organização Nacional de Acreditação, nível II (Tabela 1).

Todas as instituições apresentaram CCIHs consolidadas, com 10 anos de existência no Hosp_1, 9 anos no Hosp_2 e 12 anos no Hosp_3. Em relação à organização administrativa, dois hospitais (67%) são mantidos por entidade de direito privado, enquanto um (33%) possui gestão mista (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos hospitais (n=3) segundo o tipo de assistência prestada, certificação de qualidade, porte, entidade mantenedora e constituição de CCIH. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.

Variáveis	N (3)	%
Tipo de assistência		
Geral	3	100
Especializada	0	
Certificação de qualidade		
Sim	1	33
Não	2	67
Porte		
pequeno (até 50 leitos)	0	
médio (50 a 150 leitos)	1	33
grande (151 a 500 leitos)	2	67
extra (acima de 500 leitos)	0	
Entidade Mantenedora		
Pública	0	
Privada	2	67
Mista	1	33
Outras	0	
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		
Sim	3	100
Não	0	-
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar		
Sim	3	100
Não	0	-

Fonte: Autoria Própria

No que se refere aos profissionais que compõem as equipes das CCIHs dos PCIH avaliados, todos possuem vínculo empregatício direto com as instituições hospitalares, apresentando diferenças no tempo de atuação dentro das comissões. As equipes do Hosp_1 são formadas por 12 profissionais, enquanto as do Hosp_2 contam com 11 profissionais cada. Já a equipe do Hosp_3 é composta por 10 trabalhadores.

Em relação ao tempo de atuação nas comissões, os médicos infectologistas, presentes nos três hospitais avaliados, destacam-se com uma média de permanência de 8 anos e 8 meses, seguidos pela categoria dos enfermeiros, que conta com dois profissionais por comissão em cada hospital e apresenta uma média de 3 anos e 8 meses de atuação. Já os técnicos de enfermagem registram uma média de 1 ano e 8 meses, enquanto outros profissionais, como farmacêuticos e bioquímicos, possuem médias de atuação de 4 anos (Tabela 2). Essa variação no tempo de atuação evidencia a importância da experiência dos profissionais para a eficácia das ações de controle de infecção hospitalar, contribuindo para a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.

Tabela 2 - Perfil dos profissionais que compõem as CCIHs e os SCIHs. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.

Profissionais que compõem as CCIHs / SCIHs	Hosp_1		Hosp_2		Hosp_3	
	N	*Tempo	N	*Tempo	N	*Tempo
Infectologista	1	12	2	9	1	5
Cardiologista	1	4			1	3
Intensivista			2	3		
Gerente de Enfermagem	1	12	1	9	1	10
Enfermeiro Assistencial	2	2	1	3	4	5
Enfermeiro Coordenador de Hotelaria	1	2				
Enfermeiro/Coordenador de Serviços de Limpeza	1	2				
Administrador/Coordenador de serviço de limpeza			1	5		
Técnico de Enfermagem	1	2	1	3		
Farmacêutico	1	5	1	3	1	3
Bioquímico	1	5	1	3	1	5
Fisioterapeuta	1	5	1	3		
Nutricionista	1	5			1	3

*O tempo está representado em anos
Fonte: Autoria Própria

O Hosp_1 conta com um enfermeiro coordenador de hotelaria e um enfermeiro coordenador de serviços de limpeza, atendendo às recomendações da ONA e da Anvisa ao

contratar enfermeiros para coordenar os serviços de limpeza e hotelaria.

Outro aspecto considerado na caracterização dos hospitais participantes foi a disponibilidade de leitos de terapia intensiva, uma vez que a presença desses leitos indica a complexidade da assistência à saúde prestada por cada instituição analisada (Tabela 3).

Tabela 3 - Número de leitos, segundo o tipo terapia intensiva, disponíveis por hospital estudado. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.

Unidade de Terapia Intensiva	Hosp_1	Hosp_2	Hosp_3
Leitos adulto	20	10	20
Leitos pediátricos	-	-	-
Leitos neonatal	12	10	-

Fonte: Autoria Própria

Todos os hospitais possuíam UTI adulta (100%), e dois deles (67%) também ofereciam leitos de terapia intensiva neonatal.

5.2 ANÁLISE DOS INDICADORES

Considerando a complexidade dos serviços oferecidos por cada instituição, a aplicação dos indicadores de processo auxilia na identificação de problemas em potencial, no que diz respeito à prevenção e controle das IHS. Os resultados obtidos demonstram que as diretrizes operacionais e o sistema de vigilância epidemiológica das IRAS dos hospitais estudados estavam plenamente estabelecidos, uma vez que a média de conformidade foi de 100%.

O indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional apresentou média de conformidade de 86,7%, sendo que houve um padrão de conformidade de 90% entre os Hosp_1 e Hosp_2.

O indicador referente às atividades de prevenção e controle das IHS foi o com a média de conformidade mais baixa, 69,2%, demonstrando que não há uniformidade das rotinas implantadas. O Hosp_1 obteve a média de conformidade mais alta, 86%, porém ainda abaixo dos 100% esperados pela Portaria 2.616 do Ministério da Saúde (1998), conforme podemos observar na Tabela 4.

Tabela 4 - Percentual de conformidade dos indicadores aplicados nos hospitais, Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.

Hospitais	Indicador PCET* (%)	Indicador PCDO** (%)	Indicador PCVE*** (%)	Indicador PCCP**** (%)
Hosp_1	90	100	100	86
Hosp_2	90	100	100	64
Hosp_3	80	100	100	57
Média	86,7	100	100	69,2
Desvio Padrão	3,3	-	-	8,7

*PCET: Indicador de avaliação da estrutura técnica-operacional;

**PCDO: Indicador de avaliação das diretrizes operacionais;

***PCVE: Indicador de avaliação do sistema de vigilância epidemiológica;

****PCCP: Indicador de avaliação das atividades de prevenção e controle de infecção hospitalar.

Fonte: Autoria própria

Na análise da estrutura técnico-operacional, com base no indicador PCET, identificou-se que o item com maior inadequação foi a dedicação exclusiva de um profissional de nível superior, não enfermeiro, ao SCIH, requisito que não foi atendido por nenhuma das instituições avaliadas. Em seguida, destacou-se a ausência de um espaço físico delimitado e exclusivo para o atendimento das CCIHs/SCIHs, que apresentou conformidade em apenas 67% das instituições (Tabela 5).

Tabela 5 - Valores de conformidade para o Indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do programa de controle e prevenção de infecção hospitalar aplicado, nas instituições de saúde. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.

Código	Componentes	n	Conformidade			
			A		NA	
			n	%	n	%
PCETMS	A CCIH é representada, no mínimo, por membros do serviço médico, enfermagem e administração.	3	3	100	-	-
PCETRG	Há um regimento que determina o funcionamento da CCIH e/ou SCIH.	3	3	100	-	-
PCETPE	Há dois profissionais de saúde, com nível superior, que executam ações exclusivas de prevenção e controle de IH, para cada 200 leitos, sendo que um deles é o enfermeiro (consoante ou não)	3	3	100	-	-
PCETDE	O enfermeiro atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 6h/dia	3	3	100	-	-
PCETDO	Há outro profissional, com nível superior, que atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 4h/dia	3		-	3	100,0
PCETRP	A CCIH realiza reuniões periódicas com participação dos membros executivos e lideranças	3	3	100	-	-
PCETMP	Há suporte de laboratório de microbiologia e patologia, próprio ou terceirizado	3	3	100	-	-
PCETEF	Há espaço físico delimitado e exclusivo para as atividades diárias, arquivos, etc. da CCIH ou do SCIH	3	2	67	1	33,0
PCETRI	Há disponibilização de recursos informatizados para as atividades desenvolvidas pela CCIH ou SCIH	3	3	100	-	-
PCETRE	A administração disponibiliza dados estatísticos (nº de admissões, altas, óbitos, pacientes-dia, etc.) para a realização de relatórios da CCIH ou SCIH	3	3	100	-	-
Cálculo do indicador:				86,7		13,3
Desvio Padrão				10,2		10,2

A = atende

NA = não atende

Fonte: Autoria Própria

A avaliação das diretrizes operacionais para a prevenção e o controle das IHS levou em consideração a existência de orientações formalmente estabelecidas, tais como manuais, normas, procedimentos padrão e protocolos, entre outros. Nesse aspecto, os resultados foram excelentes, com a média de conformidade atingindo 100%, o que indica o comprometimento das instituições com a qualidade dos serviços oferecidos e a segurança dos pacientes (Tabela 6).

Tabela 6 - Valores de conformidade para o Indicador de Avaliação das Diretrizes Operacionais de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCDO) aplicado nas instituições de saúde. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.

Código	Componentes	n.	Conformidade					
			A		NA		IN	
			n	%	n	%	n	%
PCDOIR	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções respiratórias	3	3	100	-	-	-	-
PCDOIU	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções urinárias	3	3	100	-	-	-	-
PCDOCS	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções de corrente sanguínea	3	3	100	-	-	-	-
PCDOSC	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções de sítio cirúrgico	3	3	100	-	-	-	-
PCDOPI	Há recomendação para isolamentos de pacientes com doenças infectocontagiosas ou imunodeprimidos	3	3	100	-	-	-	-
PCDOAB	Há recomendação para o uso de antibióticos profiláticos para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico	3	3	100	-	-	-	-
PCDOGA	Há padronização de germicidas e antissépticos	3	3	100	-	-	-	-
PCDOME	Há recomendação de técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos	3	3	100	-	-	-	-
PCDOLM	Há recomendação de técnica de higienização de mãos	3	3	100	-	-	-	-
PCDOLS	Há recomendação da rotina de limpeza e desinfecção de superfícies	3	3	100	-	-	-	-
PCDOLV	Há recomendação para lavagem e higienização de roupas utilizadas na instituição	3	3	100	-	-	-	-
PCDOMC	Há recomendação da técnica para coleta de material para realização de culturas	3	3	100	-	-	-	-
PCDOCU	Há recomendação das técnicas de curativos e periodicidade de trocas dos mesmos	3	3	100	-	-	-	-
Cálculo do Indicador:				100	-	-	-	-
Desvio Padrão				-	-	-	-	-

A = atende

NA = não atende

IN = inaplicável

Fonte: Autoria Própria

Outro indicador que merece destaque positivo é aquele que mensura a atuação dos SCIHs, caracterizada pela busca ativa de casos e pelo registro de ocorrências. As três instituições analisadas apresentaram média de conformidade de 100%, conforme indicado na Tabela 7.

Tabela 7 - Valores de conformidade para o Indicador de Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecção Hospitalar (PCVE) aplicado nas instituições de saúde. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.

Código	Componentes	n.	Conformidade					
			A		NA		IN	
			n	%	n	%	n	%
PCVEIH	Realiza vigilância epidemiológica (global ou por componente) com periodicidade determinada	3	3	100	-	-	-	-
PCVEBA	Realiza vigilância epidemiológica de IH por meio de busca ativa de casos	3	3	100	-	-	-	-
PCVEUR	Realiza busca ativa de casos de IH nas unidades de maior risco (UTI, berçário, queimados, etc)	3	3	100	-	-	-	-
PCVEMI	Monitora, com periodicidade e registros regulares, resultados microbiológicos de culturas que identificam cepas ou espécies de microrganismos, inclusive resistentes	3	3	100	-	-	-	-
PCVECD	Há critérios pré-determinados para diagnóstico de IH	3	3	100	-	-	-	-
PCVERE	Produz relatório periódico dos resultados da vigilância epidemiológica	3	3	100	-	-	-	-
PCVEAL	Os relatórios analisam e informam alterações do perfil epidemiológico	3	3	100	-	-	-	-
PCVECP	Os relatórios correlacionam resultados com estratégias de controle e prevenção adotadas	3	3	100	-	-	-	-
PCVESS	Os relatórios são regularmente disponibilizados aos diversos setores e lideranças da instituição	3	3	100	-	-	-	-
PCVEOP	Os relatórios são regularmente disponibilizados para os órgãos públicos concernentes	3	3	100	-	-	-	-
Cálculo do indicador:			100		-	-	-	-
Desvio Padrão			-		-	-	-	-

A = atende

NA = não atende

IN = inaplicável

Fonte: Autoria Própria

O indicador com a média de conformidade mais baixa foi o PCCP, que verifica a realização das ações de prevenção e controle das IRAS nas diferentes unidades que compõem o contexto hospitalar. Um aspecto importante a ser observado é que nenhuma das instituições avaliadas atingiu média de conformidade de 100% (Tabela 8).

Tabela 8 - Valores de conformidade para o Indicador de Avaliação das atividades de controle e prevenção de infecção hospitalar (PCCP), aplicado nas instituições de saúde. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023.

Código	Componentes	n	Conformidade					
			A		NA		IN	
			n	%	n	%	n	%
PCCPDI	Unidade de diálise (I – D – C – O)	3	2	67			1	33,0
PCCPBS	Banco de sangue (I – D – C – O)	3	2	67			1	33,0
PCCPAC	Laboratório de análises clínicas (I – D – C – O)	3			3	100,0		
PCCPAP	Laboratório de anatomia patológica (I – D – C – O)	3			3	100,0		
PCCPUI	Unidades de internação (I – D – C – O)	3	3	100				
PCCPUT	UTI (adulto, infantil e neo) (I – D – C – O)	3	3	100				
PCCPBE	Berçário (I – D – C – O)	3	2	67			1	33,0
PCCPCM	Central de Material e Esterilização (I – D – C – O)	3	3	100				
PCCPCC	Centro cirúrgico (I – D – C – O)	3	3	100				
PCCPPS	Pronto Socorro (I – D – C – O)	3	2	67			1	33,0
PCCPAM	Ambulatório (I – D – C – O)	3	2	67			1	33,0
PCCPSF	Serviço de Farmácia (I – D – C – O)	3	2	67	1	33,0		
PCCPSN	Serviço de Nutrição e Dietética (I – D – C – O)	3	2	67	1	33,0		
PCCPDT	Participa nas decisões técnicas para especificação e aquisição de produtos e correlatos	3	3	100				
Cálculo do indicador				69,2		19		11,8
Desvio Padrão				8,9		9,7		4,4

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

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

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

R – Participação em reuniões;

C – Consultas/orientação por demanda espontânea;

O – Outra atividade. Qual?

A = atende

NA = não atende

IN = inaplicável

Fonte: Autoria Própria

No cálculo deste indicador, o Hosp_1 apresentou uma média de conformidade de 86%, enquanto o Hosp_2 e o Hosp_3 registraram médias de 64% e 57%, respectivamente. Destaca-se que, diferentemente das demais análises realizadas, nenhuma das três instituições conseguiu atender a todos os itens que compõem este indicador. As não conformidades variaram entre dois e quatro itens, com o Hosp_2 apresentando a maior média de itens não atendidos (29%), enquanto as demais instituições registraram uma média de 14% de itens não atendidos, conforme detalhado na Tabela 9.

Tabela 9 - Valores de conformidade por item do Indicador de Avaliação das Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar, aplicado nas instituições de saúde. Três Lagoas, MS e Dracena, SP, Brasil, 2023

Indicador de Avaliação das Atividades de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar (PCCP)

	Hosp_1 (%)	Hosp_2 (%)	Hosp_3 (%)
Atende (A)	86	64	57
Não Atende (NA)	14	29	14
Inaplicável (IN)	0	7	29

Fonte: Autoria Própria

Ressalta-se que, segundo as orientações da Portaria MS/GM nº 2.616/98, os indicadores analisados deveriam apresentar conformidade de 100%.

6 DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar os indicadores de estrutura e processo dos PCIHs dos municípios de Três Lagoas/MS e Dracena/SP, utilizando informações dos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIHs) e das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIHs). Os resultados obtidos indicam que as diretrizes e normas estão bem estabelecidas nas instituições avaliadas; entretanto, a execução das ações de prevenção e controle de IH ainda enfrenta obstáculos.

Tais achados corroboram a literatura existente, que enfatiza a necessidade de atenção contínua e investimentos em programas de prevenção e controle das IRAS, principalmente no que diz respeito à execução das ações propostas pelas diretrizes operacionais estabelecidas pelos hospitais (ALVES; LACERDA, 2015; GIROTI *et al.*, 2018; NEVES; FLÓRIO; ZANIN, 2022).

Giroti *et al.* (2018) utilizaram os mesmos indicadores aplicados nesta pesquisa e apresentaram uma compreensão aprofundada sobre como as instituições de saúde da capital de Mato Grosso do Sul gerenciam a prevenção das IRAS. Os resultados obtidos pelos autores, analisados à luz das contribuições de renomados especialistas em segurança do paciente e controle de infecções, ampliam o entendimento sobre os desafios enfrentados na implementação dos PCIHs.

De acordo com a Portaria nº 2.616, de 1998, do Ministério da Saúde, é responsabilidade da Coordenação Municipal de Controle de Infecção organizar as ações de prevenção e controle das IRAS na rede hospitalar do município, colaborar com os hospitais na execução dessas medidas e fornecer suporte técnico às comissões hospitalares (BRASIL, 1998). No entanto, nenhum dos municípios estudados possui uma coordenação municipal implantada, sendo que a ausência dessa estrutura pode comprometer a eficácia das ações de prevenção e controle das IRAS.

O descumprimento desse item da normativa levanta o debate sobre a existência de um descompasso entre a teoria e a prática das atividades realizadas, especialmente pela ausência de fiscalização por parte dos órgãos competentes. Acredita-se que essa falta de fiscalização dificulta o comprometimento pleno dos profissionais de saúde na implementação das práticas de controle de infecções em suas rotinas diárias (NEVES; FLÓRIO; ZANIN, 2022).

As CCIHs estão constituídas em todos os hospitais avaliados e são caracterizadas como órgãos de assessoria responsáveis por planejar, organizar, executar e avaliar as ações destinadas à prevenção e controle das IH (BRASIL, 1998). A importância dessas comissões

nos hospitais brasileiros é destacada por suas atribuições, que incluem a divulgação de dados epidemiológicos que refletem a situação atual das IRAS.

O Hosp_1 apresentou uma CCIH composta por uma equipe multidisciplinar robusta, formada por 12 profissionais com experiência na comissão, variando entre 2 e 12 anos. Esse perfil pode justificar o fato de os indicadores dessa instituição apresentarem a maior média de conformidade entre os hospitais avaliados.

Neste estudo, observou-se ainda variação entre as instituições em relação a fatores como porte, certificação de qualidade, composição das equipes, entre outros.

O Hosp_2, de médio porte, apresenta desempenho igual ou até superior, em alguns indicadores, em comparação aos hospitais de grande porte, Hosp_1 e Hosp_3. Por exemplo, nos indicadores PCDO e PCVE, todos os hospitais alcançaram 100% de conformidade, independentemente do número de leitos ou porte. Já no indicador PCCP, o Hosp_2 (64%) obteve maior conformidade que o Hosp_3 (57%); no entanto, ambos tiveram média de conformidade inferior à do Hosp_1 (86%).

No indicador PCCP, o Hosp_1, certificado pela ONA, apresentou o melhor desempenho geral, com uma média de conformidade de 86%, significativamente superior à média geral de 69,2%. Infere-se que esse resultado reflete a influência positiva da certificação na implementação e manutenção de processos mais rigorosos relacionados ao controle de infecções e outras práticas operacionais. Entre as instituições não certificadas, o Hosp_2 demonstrou indicadores mais consistentes, especialmente quando comparado ao Hosp_3. O desempenho superior do Hosp_2 no indicador PCCP sugere que, apesar do porte inferior, suas práticas são mais bem estruturadas.

Dessa forma, é possível sugerir que a certificação de qualidade influencia positivamente os indicadores; entretanto, um número maior de leitos não determina a consolidação de práticas de prevenção e controle de infecção. Nesse ponto, reflete-se que, talvez, uma menor quantidade de leitos possibilite aos gestores um maior controle e vigilância das ações desenvolvidas no cuidado direto ao paciente, o que pode justificar o resultado intermediário alcançado pelo Hosp_2 no indicador PCCP.

No que diz respeito ao indicador PCET, a média de conformidade encontrada, entre 80% e 90%, indica que as CCIHs estão parcialmente preparadas para o enfrentamento das IRAS e que há deficiências que devem ser trabalhadas e sanadas. Alvim, Couto e Gazzinelli (2020) ressaltam que a presença de uma estrutura robusta, que inclui recursos humanos adequados, equipamentos e infraestrutura, auxilia na execução satisfatória dos PCIHs. A

conformidade plena nesse indicador não foi atingida por nenhum dos hospitais participantes devido a limitações de recursos humanos e estruturais.

A ausência de uma base organizacional consolidada pode comprometer a eficácia das ações desenvolvidas no PCIH, influenciar negativamente a capacidade de resposta das CCIHs, prejudicar o monitoramento adequado e a implementação de medidas preventivas, reduzir a eficiência das intervenções e, consequentemente, aumentar a exposição dos pacientes a riscos evitáveis (ALVIM, COUTO; GAZZINELLI, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2021). Além disso, conforme apontado por Silva *et al.* (2021), a ausência de espaços apropriados e de recursos humanos qualificados pode dificultar a execução das rotinas necessárias para o controle de infecções, como a análise de dados epidemiológicos e a educação continuada das equipes de saúde. Esses fatores contribuem para a perpetuação de falhas no sistema de vigilância e na resposta às infecções, impactando negativamente os indicadores de saúde e a segurança dos pacientes. A conformidade parcial observada nos itens do indicador PCET reflete não apenas limitações estruturais, mas também os potenciais prejuízos que essas falhas podem gerar na segurança dos pacientes.

Em relação às diretrizes operacionais (PCDO), a conformidade de 100% nas três instituições demonstra que os hospitais possuem protocolos bem definidos e implementados para o controle das IRAS. Segundo Garbuio *et al.* (2022), a existência de manuais de normas e procedimentos claros é um fator essencial para a padronização das práticas e a minimização dos riscos de infecção. A presença de diretrizes operacionais estruturadas indica que as instituições seguem as recomendações estabelecidas pela ANVISA e pelo Ministério da Saúde no que tange à prevenção de infecções.

Contudo, a conformidade das diretrizes não garante o sucesso do PCIH nos hospitais estudados, pois, ao analisarmos a execução dessas diretrizes por meio do cálculo do indicador PCCP, a média de conformidade alcançada nesta pesquisa indica que, na prática, essas diretrizes são executadas apenas de maneira parcial no cuidado direto ao paciente. Dessa forma, faz-se necessário que essas normas e diretrizes sejam efetivamente cumpridas por todos os profissionais de saúde que atuam nos serviços avaliados, o que requer investimentos em supervisão contínua, treinamento regular e adoção de uma cultura organizacional que valorize a segurança do paciente.

O indicador PCCP, que apresentou as maiores variações entre as instituições, com índices de conformidade entre 57% e 86%, evidencia a lacuna existente entre diretrizes operacionais bem estruturadas e a execução das atividades necessárias para a prevenção e o controle de infecções. Essa disparidade também foi encontrada por Neves, Flório e Zanin

(2022), que apontam a ausência de fiscalização adequada e a falta de comprometimento dos profissionais com as rotinas de controle de infecções como possíveis barreiras para a execução eficiente do PCIH.

As unidades de internação, UTIs, central de material e esterilização (CME) e centro cirúrgico alcançaram 100% de conformidade nas atividades realizadas pelas CCIHs, conforme o PCCP. Em contrapartida, a atuação menos satisfatória das comissões foi observada nos laboratórios de análises clínicas e patológicas, seguidos pelo ambulatório, nutrição/dietética e farmácia.

A elevada conformidade observada nas UTIs pode ser atribuída à implementação de protocolos rigorosos e à constante vigilância epidemiológica nessas unidades. A CME desempenha um papel de destaque na prevenção de IH, sendo responsável pela limpeza, preparo, esterilização e distribuição dos materiais utilizados nos diversos setores do hospital. A conformidade de 100% nesse setor reflete a eficácia das práticas adotadas para garantir a segurança do paciente (MOURA *et al.*, 2021).

Por outro lado, a menor conformidade observada nos laboratórios de análises clínicas e patológicas, pronto-socorro, berçários, ambulatório, nutrição/dietética e farmácia pode ser atribuída a diversos fatores. A falta de integração efetiva entre as CCIHs e esses setores pode comprometer a implementação de medidas de controle de infecção nessas áreas. Além disso, a rotatividade de profissionais e a sobrecarga de trabalho em setores como o pronto-socorro podem dificultar a adesão às práticas recomendadas.

Giroti *et al.* (2018) enfatiza que é fundamental que as atividades da CCIH abranjam todas as áreas do hospital, garantindo a aplicação adequada de normas e rotinas para prevenir infecções. Embora setores como unidades de internação, UTIs, CME e centro cirúrgico apresentem alta conformidade nas atividades das CCIHs, há uma necessidade evidente de fortalecer as ações de controle de infecção em áreas como laboratórios, pronto-socorro, berçários, ambulatório, nutrição/dietética e farmácia.

As atividades de inspeção, orientação e treinamento, que são fundamentais para a redução das IRAS, muitas vezes não são executadas com a frequência e/ou o rigor necessários devido a fatores como sobrecarga de trabalho das equipes, falta de pessoal capacitado e desorganização das rotinas assistenciais (ALVIM; GAZZINELLI, 2017).

O Hosp_1 possui um setor específico de Treinamento e Educação Permanente, o que pode explicar seu melhor desempenho no indicador PCCP, com uma média de 86% de conformidade. A educação permanente em saúde desempenha um papel central na prevenção e controle das IRAS, pois auxilia no aprimoramento da qualidade dos cuidados prestados,

promove a realização de práticas reflexivas, éticas e humanísticas e contribui para o fortalecimento da cultura organizacional voltada para a segurança do paciente (PORTO *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2024).

O último indicador avaliado, referente à vigilância epidemiológica (PCVE), destacou-se positivamente e, assim como o indicador PCDO, apresentou média de conformidade de 100% em todos os hospitais. A vigilância ativa é um componente essencial para a prevenção de IH, pois permite a detecção precoce de surtos e a implementação imediata de medidas corretivas.

Alshammari *et al.* (2022) reforçam a importância da vigilância como ferramenta na busca pela segurança do paciente, destacando que, sem um monitoramento eficaz, as infecções podem se espalhar rapidamente nos ambientes hospitalares. Já Fujita *et al.* (2019) ressaltam que a vigilância epidemiológica é necessária para identificar padrões de infecções e ajustar as práticas de controle com base em dados concretos. O resultado positivo obtido pelos hospitais estudados no indicador PCVE sugere que eles estão atentos ao monitoramento das IH, o que é um aspecto essencial para a segurança do paciente e para a implementação de ações preventivas.

De maneira geral, o desempenho dos serviços de saúde avaliados foi mediano, uma vez que apenas 50% dos indicadores atingiram a média de conformidade de 100% recomendada pelo Ministério da Saúde. Acredita-se que, se os Hosp_1, Hosp_2 e Hosp_3 investirem no fortalecimento da cultura de segurança do paciente, na capacitação contínua das equipes multidisciplinares e em auditorias internas, melhorias significativas nos indicadores analisados poderão ocorrer, principalmente nos PCET e PCCP, que obtiveram as menores médias.

Segundo Han, Kim e Seo (2020), uma cultura de segurança consolidada é fundamental para a eficácia das medidas de prevenção de infecções, pois abrange não apenas a implementação de diretrizes operacionais, mas também a conscientização e o comprometimento de toda a equipe hospitalar — desde gestores até os profissionais da linha de frente — em seguir rigorosamente os protocolos de segurança do paciente. Entretanto, para Espíndola *et al.* (2020), fomentar a cultura de segurança do paciente representa um desafio que exige uma abordagem multidisciplinar e a participação ativa de todos os níveis hierárquicos das instituições, além de uma política organizacional que incentive o relato de eventos adversos sem penalizações.

Outro aspecto relevante que auxilia no cumprimento dos objetivos do PCIH é a realização de capacitação contínua das equipes de saúde. Segundo Siman *et al.* (2019), o

treinamento regular dos profissionais é vital para garantir que as práticas de controle de IH sejam seguidas de maneira consistente. Portanto, é essencial que todas as instituições invistam em programas de educação permanente para reforçar as melhores práticas e assegurar que os protocolos sejam seguidos com rigor.

Além disso, a fiscalização e a auditoria interna são essenciais para garantir que as atividades de controle de infecção hospitalar sejam realizadas conforme as diretrizes estabelecidas. De acordo com Meneguetti (2013), a falta de supervisão contínua pode levar à negligência no cumprimento das normas e, conseqüentemente, ao aumento do risco de IH. As auditorias devem ser conduzidas regularmente e com critérios bem definidos, de modo a identificar falhas e propor medidas corretivas em tempo hábil.

Os resultados encontrados proporcionam uma visão abrangente e detalhada da execução do PCIH nos hospitais investigados. As áreas de conformidade parcial e não conformidade destacam oportunidades de aprimoramento, enquanto os pontos positivos evidenciam boas práticas que podem ser compartilhadas entre as instituições. Recomenda-se uma análise mais aprofundada para identificar as causas subjacentes às áreas de não conformidade, possibilitando a implementação de ações corretivas eficazes.

Estudos futuros devem ser realizados nas instituições hospitalares avaliadas a fim de explorar a relação entre a conformidade dos indicadores e os desfechos clínicos dos pacientes, tais como taxas de infecção, tempo de internação e mortalidade. Isso proporcionará maior clareza sobre o impacto das práticas de prevenção e controle de infecções na qualidade do atendimento prestado e ajudará na identificação de áreas ou unidades críticas que necessitam de melhorias e intervenção.

Além disso, recomenda-se que as autoridades sanitárias do Brasil realizem uma revisão dos indicadores utilizados, a fim de incluir o impacto da pandemia de *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) nas práticas de controle de IH, uma vez que a crise sanitária global impôs novos desafios e exigiu adaptações rápidas por parte dos serviços de saúde. A pandemia, que perdurou de 2019 a 2021, evidenciou a necessidade de sistemas de vigilância mais eficientes e de uma coordenação aprimorada entre as diferentes áreas dos hospitais para evitar a rápida disseminação de infecções.

Por fim, a integração de tecnologias avançadas para o controle de IH é um tema promissor que merece maior atenção em estudos futuros. Ferramentas digitais, como sistemas de monitoramento de infecções baseados em inteligência artificial, podem melhorar significativamente a capacidade dos hospitais de detectar infecções precocemente e responder rapidamente. Berry *et al.* (2020) sugerem que a aplicação de novas tecnologias na área da

saúde pode não apenas otimizar os processos de controle de infecções, mas também melhorar a qualidade geral do atendimento, ao reduzir o tempo de resposta e promover a personalização das medidas preventivas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados, fica evidente que, embora as instituições analisadas apresentem estrutura consolidada e diretrizes operacionais adequadas, ainda existem desafios a serem superados no que se refere à execução das atividades de controle e prevenção das IRAS previstas pelo PCIH. A falta de conformidade em alguns indicadores sugere a necessidade de revisão periódica das práticas adotadas, além de investimentos em treinamento contínuo e no engajamento das equipes multiprofissionais.

Em relação à pergunta norteadora, conclui-se que os hospitais atendem ao PCIH em termos de estrutura e diretrizes operacionais; porém, há deficiências na implementação das atividades práticas de controle e prevenção de infecções. As instituições demonstram compromisso com a segurança do paciente, mas precisam intensificar suas ações para alcançar a conformidade plena em todos os indicadores avaliados.

Considerando as limitações deste estudo, que se restringiu à análise de três instituições hospitalares, sugere-se que pesquisas futuras ampliem o escopo para incluir um número maior de hospitais com diferentes perfis, tais como hospitais especializados e unidades de saúde localizadas em diversas regiões do país. Isso permitirá uma análise mais abrangente da execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar no Brasil e possibilitará a identificação de variações regionais e institucionais nas práticas de controle das IHS. Além disso, há necessidade de explorar a relação entre a conformidade dos indicadores de controle de infecção hospitalar e os desfechos clínicos dos pacientes, como taxas de infecção, tempo de internação e mortalidade.

Outro ponto que merece atenção em pesquisas futuras é o impacto da pandemia da COVID-19 na execução do PCIH. Embora o presente estudo não tenha focado diretamente nesse aspecto, a pandemia certamente impôs desafios significativos aos serviços de saúde e exigiu adaptações rápidas nas práticas de controle de infecções. Investigar como os hospitais se adaptaram e que lições foram aprendidas durante esse período pode ser fundamental para aprimorar a resposta a futuras crises sanitárias.

Por fim, destacam-se os benefícios científico e social desta pesquisa, pois ela possibilita a comparação de seus resultados com outras investigações e reforça, para profissionais de saúde e gestores, a importância da adesão às práticas preventivas e o impacto de suas ações.

REFERÊNCIAS

ALSHAMMARI, F., LIM-LAGURA, G. A., MOSTELOS, R. P. (Jr.), GONZALES, F., ALASAYED, S., MINA, E., Infection Prevention and Control Practices among Staff Nurses in Hail, KSA: Basis for Improved Patient Safety. **Journal of Health and Medical Sciences**, 2022, v.5, n.4, p. 80-88. ISSN 2622-7258 DOI: 10.31014/aior.1994.05.04.249

ALVES, D. C. I.; LACERDA, R. A. Avaliação de Programas de Controle de Infecção relacionada a Assistência à Saúde de Hospitais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe, p. 65–73, dez. 2015. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700010>

ALVIM, A. L. S.; COUTO, B. R. G. M.; GAZZINELLI, A. Qualidade dos programas de controle de infecção hospitalar: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** 2020;41:e20190360. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190360>

ALVIM, A. L. S.; GAZZINELLI, A. Conhecimentos dos profissionais em reação à medidas de prevenção de infecções. **Rev. enferm.** UFPE on line, Recife, v. 11, n. 1, p. 18-23, jan. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11873/14323>. Acesso em: 25 out. 2023.

ANTUNES, M. V. M.; HESPANHOL, R. A. M. Análise das mudanças na agropecuária e das ruralidades em distritos municipais: os exemplos de Jamaica e Jaciporã (Dracena/SP). In: **Conflitos e convergências da geografia** [recurso eletrônico] / Organizador Gustavo Henrique Cepolini Ferreira. Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. (Conflitos e Convergências da Geografia; v. 1)

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA nº 01/2023**. Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à assistência à Saúde (IRAS) e resistência microbiana (RM) em serviços de saúde.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA nº 02/2021** - Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – 2021. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2021.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Nacional de Prevenção e Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde – PNPCIRAS 2021-2025**. Brasília, DF: Anvisa, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf. Acesso em: 02 fev. 2025.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025**. Brasília, mar. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.

ARAÚJO, A. B. S.; DANTAS, J. C.; SOUZA, F. M. L. C.; SILVA, B. C. O.; SANTOS, W. N.; SENA, D. T. A. Ocorrência de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea em uma maternidade pública. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 37, p. 16-29, Dec. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682019000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2023.

BÁO, A. C. P.; AMESTOY, S. C.; MOURA, G. M. S. S.; TRINDADE, L. L. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. **Rev Bras Enferm.** 2019; v. 72, n. 2, p.360-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>

BARBOSA, F. S. Higienização das mãos: Monitoração da adesão dos profissionais de saúde numa instituição pública da rede estadual do Rio de Janeiro: um desafio à administração do serviço de controle de infecção hospitalar. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 6, 1313-1322, mar./apr. 2019. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1350/1222>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BERRY, J. C.; DAVIS, J. T.; BARTMAN, T.; HAFFER, C. C.; LIEB, L. M.; KHAN, N.; BRILLI, R. J. Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System. **Journal of Patient Safety** v. 16, n. 2, p 130-136, June 2020. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000251

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Caderno 4: Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Governo do Estado de Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2018**. Lei Complementar 141/12 – Art. 40. Março/2019. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/RAG-2018.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº. 9.431, de 6 de janeiro de 1997**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

BRASIL. **Manual de Indicadores de Avaliação de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar**. Projeto de parceria multiprofissional e multi-institucional de política pública de saúde na área de controle de infecção hospitalar. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Divisão de Infecção Hospitalar. Centro de Vigilância Epidemiológica. São Paulo, 2006. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/infeccao-hospitalar/doc/ih_manualfapesp06.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: <https://cnes2.datasus.gov.br>. Acesso em: 7 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 196 de 24 de junho de 1983**. Institui a implantação das comissões de controle de infecção em todo país, independentemente de sua natureza jurídica.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 29 abr. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998**. O Ministro do Estado da Saúde interino, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 87, inciso II da Constituição, e considerando as determinações da Lei nº 9431 de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares

BRASIL. **Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992**. Expede normas para o controle das infecções hospitalares. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 171, 04 set. 1992. Seção 1, p. 12279.

BRASIL. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 29 abr. 2023.

CDC. Center for Disease Control and Prevention (USA). Division of Healthcare Quality National and State Healthcare-Associated Infections Progress Report 2023: **Center for Disease Control and Prevention**; 2023. 15 p. Disponível em: <https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/php/data/index.html>. Acesso em: 25 jan. 2025

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Guia instrutivo para avaliação das boas práticas: serviços hospitalares**. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Autoridade reguladora de Qualidade dos Serviços de Saúde (ARQS). Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2022. <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2021/08/GUIA-INSTRUTIVO-PARA-AVALIACAO-DAS-BOAS-PRATICAS-SERVICOS-HOSPITALARES.pdf>

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Jama**. 1988, v.260, n.12, p. 1743-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3045356/>. Acesso em: 25 out. 2021.

DRACENA. Secretaria Municipal de Saúde. **Secretaria de Saúde e Higiene Pública**. Dracena. Prefeitura Municipal de Dracena, 2024. Disponível em: <https://www.dracena.sp.gov.br/portal/secretarias/12/secretaria-de-saude-e-higiene-publica/>. Acesso em: 7 jan. 2025.

ECDC. SURVEILLANCE REPORT. **Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2022–2023**. 192 p. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-point-prevalence-survey-acute-care-hospitals-2022-2023.pdf>

ESPINDOLA, S.; NASCIMENTO, K. C.; KNIHS, N. S.; ALVAREZ, L. F. SEBOLD, L. F.; PAIM, S. M. Segurança do paciente no intraoperatório do transplante hepático: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. e–APE20180187, 2020. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AR0187>

FONTANA, R. T. As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 703–706, set. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500021>. Acesso em: 25 jan. 2025.

FUJITA, S. W. U. Y.; IIDA, S.; NAGAI, Y.; SHIMAMORI, Y.; HASEGAWA, T. Patient safety management systems, activities and work environments related to hospital-level patient safety culture: A cross-sectional study. **Medicine** (Baltimore). 2019 Dec; v. 98, n. 50, p.e18352. doi: 10.1097/MD.00000000000018352.

GAMA, C. S.; BACKMAN, C.; OLIVEIRA, A. C. Impact of surgical checklist and its completion on complications and mortality in urgent colorectal procedures. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 49, p. e20213031, 2022. DOI: 10.1590/0100-6991e-20213031

GARBUIO, D. C.; BALDAVIA, N. E.; SILVA, R. B.; LINO, A. A. Caracterização das infecções relacionadas a assistência à saúde em unidade de terapia intensiva adulto. **Revista De Epidemiologia E Controle De Infecção**, 2022, v. 12, n. 1. <https://doi.org/10.17058/reci.v12i1.16471>

GHAFOOR, Y.; ADNAN YAQOOB, A.; AWAIS BILAL, A.; SAMREENA GHAFOOR, S. Positive Impact of Nurses on Infection Control and Practices Prevention Regarding Affect the Clinical Environment. **Saudi J Nurs Health Care**, 2021, v. 4, n. 4, p. 120-125. https://saudijournals.com/media/articles/SJNHC_44_120-125.pdf

GIROTI, A. L. B.; FERREIRA, A. M.; RIGOTTI, M. A.; SOUSA, A. F. L.; FROTA, O. P.; ANDRADE, D. Programas de Controle de Infecção Hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2018, v. 52, e03364. ISSN 1980-220X. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017039903364>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017039903364>. Acesso em: 25 out. 2023.

HAN, Y.; KIM, J.; SEO, Y. Cross-Sectional Study on Patient Safety Culture, Patient Safety Competency, and Adverse Events. **Western Journal of Nursing Research** 2020, Vol. v.42,n.1, p.32–40. DOI: 10.1177/0193945919838990 journals.sagepub.com/home/wjn

HOYASHI, C. M. T.; SILVA, P. S.; SILVA, R. M.; SILVA, T. R. Prevenção e controle de infecções relacionadas a assistência à saúde: fatores extrínsecos ao paciente. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 3, p. 277-283, jul./set. 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/947537/2739-18239-6-pb.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidade de Três Lagoas/MS**. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms/tres-lagoas.html>. Acesso em: 25 out. 2023.

LAMBLET, L. C. R.; PADOVEZE, M. C. Comissões de Controle de Infecção Hospitalar: perspectiva de ações do Conselho Regional de Enfermagem. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 29–42, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v7i1.426>. Acesso em: 25 out. 2023.

LEAL, M. A.; FREITAS-VILELA, A. A. Costs of healthcare-associated infections in an Intensive Care Unit. **Rev Bras Enferm**. 2021;v.74; n. 1 :e20200275. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0275>

LEONCIO, J. M.; ALMEIDA, V. F.; FERRARI, R. A. P.; CAPOBIANGO, J. D.; KERBAUY, G.; TACLA, M. T. G. M. Impact of healthcare-associated infections on the hospitalization costs of children. **Rev Esc Enferm USP**. 2019;53:e03486. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018016303486>

LIMA, M. C. C.; PINHEIRO, J. B.; NEVES, R. S.; TAKASHI, M. H. Segurança do paciente e os riscos relacionados a assistência à saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.7, p. 53745-53757, jul., 2022. DOI:10.34117/bjdv8n7-310

MENDES, P. P. M. **Modelo preditivo de infecção hospitalar utilizando aprendizado em máquina**. [Mestrado]. Instituto de Pesquisa Energéticas e Nucleares, IPEN-CNEN. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/85/85131/tde-12072023-091827/publico/2023MendesModelo.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

MENEGUETTI, M. G. **Avaliação dos programas de controle de infecção hospitalar em serviços de saúde do município de Ribeirão Preto**, 2013. 105f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-09012014-110246/pt-br.php>. Acesso em: 25 out. 2023.

MILANI, M. L.; VANDRESEN, F. O programa nacional de segurança do paciente e as implicações nos serviços de saúde como aspecto relevante ao desenvolvimento regional. **DRd-Desenvolvimento Regional em debate**, [S. l.], v. 9, p. 478–505, 2019. DOI: 10.24302/drd.v9i0.2089. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/view/2089>. Acesso em: 1 maio. 2023.

MOURA, M. C.; LIMA, M. D. O.; SOUSA, M. A.; SILVA, K. R. A importância da central de material esterilizado para a dinâmica hospitalar: uma revisão integrativa da literatura/ The importance of the sterile material center for hospital dynamics: an integrative literature review. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 6, p. 60841–60854, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n6-453. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/31565>. Acesso em: 10 fev. 2025.

NEVES, I.; FLÓRIO, F. M.; ZANIN, L. Programas de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde: avaliação de indicadores de estrutura e processo. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, e18311124537, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24537>

OLIVEIRA, D. J. P.; BARBOSA, H. A. P.; TEIXEIRA, D. A.; ONOFRI, L. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares no Brasil e a atuação do profissional de enfermagem. **Revista Saúde dos Vales**. v. 1, n. 1, 2021. Disponível em: https://www.revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2021/645_perfil_epidemiologico_das_infecoes_hospitalares_no_brasil_e_a_atuacao.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.

OLIVEIRA, E. C. S.; SILVA, F. P.; PEREIRA, E. B. F.; OLIVEIRA, R. C. Ações da comissão de controle de infecção hospitalar frente ao novo coronavírus. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 34, 2020. DOI: 10.18471/rbe.v34.37259. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37259>. Acesso em: 10 fev. 2025.

OLIVEIRA, H. M.; LACERDA, R. A. Variáveis intervenientes no desempenho dos programas de controle e prevenção de infecção. **Cienc Cuid Saude** 2019 Abr-Jun, v. 18, n. 2, e45167. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v18i2.45167. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1121502>. Acesso em: 25 out. 2023.

OLIVEIRA, R. D.; BUSTAMANTE, P. F. O.; BESEN, B. A. M. P. Infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: precisamos de mais do que colaboração. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 34, n. 3, p. 313–315, jul. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.2022editorial-pt>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Global Report on Infection Prevention and Control**. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/354489>. Acesso em: 7 fev. 2025.

PETRUCIO, W. S.; NOGUEIRA, V. B.; GENTIL, Y. F.; SANTOS, A. F.; VIANA, J. F. Infecção do sítio cirúrgico após cesariana em uma maternidade de Manaus, Brasil: a importância do uso racional da antibioticoterapia. **Femina**. 2021; v. 49, n. 4, p. 237-45. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1224090>

PORTO, M. A. O. P.; SANCHEZ, M. C. O.; XAVIER, M. L.; CHRIZOSTIMO, M. M.; BRANDÃO, E. S.; LIMA, M. V. R. Educação permanente em saúde: Estratégia de prevenção e controle de infecção hospitalar. **Nursing Edição Brasileira**, [S. l.], v. 22, n. 258, p. 3348–3356, 2019. DOI: 10.36489/nursing.2019v22i258p3348-3356. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/429>. Acesso em: 10 fev. 2025.

RAMA, N. Promover a qualidade: conciliar investigação e prática clínica. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, [S. l.], n. 50, p. 9-10, aug. 2021. ISSN 2183-1165. Disponível em: <<https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/906>>. Acesso em: 25 out. 2023.

RATHOR, M.; SHARMA, N. Ventilator associated pneumonia: incidence and risk factors in a tertiary care hospital. **International Journal of Contemporary Pediatrics**. 2019 Mar; v.6, n.2, p. 848-852. Disponível em: <http://imsear.searo.who.int/handle/123456789/203908>. Acesso em: 25 jan. 2025.

RODRIGUES, E. A. C. **Infecções Hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo (SP): Sarvier; 1997.

RODRIGUEZ, M.; BARAHONA, N.; MOYA, Y. Importancia de la vigilancia epidemiológica en el control de las infecciones asociadas a la atención en salud. **Biociencias**, v. 14, n. 1, p. 79-96, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006795>. Acesso em: 25 out. 2023.

SANTOS, K. C. B.; LIMA, M. E. S.; FERREIRA, C. A.; NASCIMENTO, M. D. S. B.; AQUINO, D. M. C.; CORRÊA, R. G. C. F. Qualidade da atenção aos contatos domiciliares de pacientes com hanseníase em capital hiperendêmica do nordeste brasileiro. **International Journal of Development Research**, v. 11, n. 03, pp.45069-45075, March, 2021. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/21318.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Controle e Prevenção de Infecção Respiratória**. Manual de indicadores de avaliação da

qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2006. Disponível em:
http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/pdf/IH_MANUALFAPESP06.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.

SELISTRE, D. K. **Análise dos indicadores de qualidade assistencial e de segurança do paciente no tempo médio de permanência do paciente clínico adulto**. [Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2019. Disponível em:
<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/201413/001105037.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

SILVA, C. P. R.; LACERDA, R. A. Validation of a proposal for evaluating hospital infection control programs. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, 2011; v. 45, n. 1, p. 1-8.
<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32937/35518>

SILVA, E. N.; SILVA, R. K. S.; CARVALHO, S. B.; FAÇANHA, D. M. A.; CARVALHO, R. E. F. L.; PEREIRA, F. G. F. Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias traumato-ortopédicas. **Revista Cuidarte**. 2021; v. 12, n. 2, e1292.
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1292>

SILVA, H. S.; FREITAS, R. W. J. F.; NUNES, N. A.; MELO, L. P. T.; AQUINO, L. C. C.; LOPES, A. J. S.; SANTOS, W. O.; ROCHA, V. M.; RABELO, M. M. Influência da educação permanente na prática de enfermagem como auxílio para redução de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, [S. l.], v. 17, n. 10, p. e11536, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.10-166. Disponível em:
<https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/11536>. Acesso em: 10 fev. 2025.

SILVA, R. G. S. **Avaliação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) no âmbito pediátrico**. [Mestrado em Saúde Integral]. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, 2019. Disponível em:
<http://higia.imip.org.br/handle/123456789/602?mode=full>. Acesso em: 20 out. 2023.

SIMAN, A. G.; BRAGA, L. M.; AMARO, M. DE O. F.; BRITO, M. J. M. Practice challenges in patient safety. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1504–1511, nov. 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>

TRÊS LAGOAS. Prefeitura Municipal. **Relatório do CNES Três Lagoas**. Disponível em:
https://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=50&VCodMunicipio=500830. Acesso em: 7 jan. 2025.

TRÊS LAGOAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Três Lagoas: Prefeitura Municipal de Três Lagoas, 2021. Disponível em:
<https://www.treslagoas.ms.gov.br>. Acesso em: 7 jan. 2025.

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora responsável Ângela Conceição Rodrigues Vilella.

Por que o estudo está sendo feito?

A finalidade desta pesquisa é avaliar as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar dos serviços de saúde dos municípios de Três Lagoas, MS, e Dracena, SP, para que possamos conhecer a estruturação destas comissões e seus resultados servirão para subsidiar ações com foco na segurança do paciente.

Quem participará deste estudo?

Participarão deste estudo os estabelecimentos que forneceram o Termo de Anuência para participar do estudo, foram os seguintes:

1. Três Lagoas – MS: (1) Sociedade Beneficente do Hospital Auxiliadora; (2) Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul (CASSEMS);
2. Dracena – SP: (1) Irmandade da Santa Casas de Misericórdia e Mat Dracena

Quem não pode ou não deve participar deste estudo?

Não serão convidados a participar do estudo as instituições que prestam cuidados ambulatoriais, psiquiátricos e os de medicina do trabalho devido às diferenças relevantes em suas rotinas.

O que serei solicitado a fazer?

A participação da instituição a qual você representa é muito importante. Os dados serão coletados por meio de entrevista estruturada, com a utilização de cinco formulários que abordam indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do PCIH (PCET), diretrizes operacionais de prevenção e controle de IH (PCDO), sistema de vigilância epidemiológica de IH (PCVE), atividades de controle e prevenção de IH (PCCP), além do formulário que contempla informações para caracterização dos serviços de saúde segundo porte, tipo de atendimento, e outros. A data para coleta dos dados ocorreu no período de novembro à janeiro, sendo previamente agendada e o tempo total de coleta é de aproximadamente 2h. O preenchimento do formulário será realizado pela própria pesquisadora. O estudo não precisa de qualquer identificação pessoal do profissional participante, tais como: nome e endereço. Os dados coletados serão utilizados apenas para fins de pesquisa e poderão ser divulgados em revistas científicas ou apresentados em congressos, porém nenhuma identificação sua será revelada. A análise dos dados será utilizada para um trabalho de mestrado e você poderá obter os resultados se quiser e quando quiser. O presente estudo não proporcionará qualquer tipo de despesa financeira para você. Em caso de despesa eventual, será garantido o ressarcimento das mesmas (Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 17, Inciso VII).

Quantas outras pessoas participaram deste estudo?

Participarão do estudo uma professora que é orientadora do Mestrado em Enfermagem da UFMS-CPTL e docente do Curso de Enfermagem e uma mestranda do Mestrado em Enfermagem UFMS-CPTL.

Que prejuízos (ou eventos adversos) podem acontecer comigo se eu participar deste estudo?

Os riscos de sua participação neste estudo estão relacionados à possibilidade de quebra de sigilo e de confidencialidade das informações obtidas por meio do preenchimento do questionário da coleta de dados. Há, ainda, possibilidade de constrangimento ou desconforto na presença dos pesquisadores. Entretanto, os referidos riscos podem ser considerados

Participante da pesquisa:_____ Pesquisadora responsável:_____

mínimos frente à adoção das seguintes medidas de precaução: (1) a coleta de dados será realizada em horários de menor movimento e que não prejudique a rotina do serviço de saúde; e (2) a pesquisadora responsável pela coleta dos dados estará devidamente capacitada e assinará um termo de sigilo dos dados coletados.

Fica garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial (Código Civil, Lei 10.406 de 2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 9º, Inciso VI).

Que benefício eu posso esperar?

Entre os benefícios esperados com os resultados desta pesquisa, tem-se a possibilidade de conhecer o PCIH dos serviços de saúde e fornecer subsídio para a implementação de ações com foco na segurança do paciente durante assistência bem como subsídios de conformidade, segundo a legislação, para os gestores e responsáveis pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar das instituições participantes.

Quem poderá ver os meus registros/respostas e saber que eu estou participando do estudo?

Deixamos claro que esta pesquisa não tem o intuito de coletar nomes dos participantes. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa. Após a anonimização, os resultados do estudo poderão ser divulgados em eventos científicos ou publicados em periódicos da área.

Quem devo chamar se tiver qualquer dúvida ou algum problema?

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para Ângela Conceição Rodrigues Vilella, **telefone:** (18) 99605-8374. Você também pode enviar um e-mail para angelavilella@hotmail.com ou, ainda, me procurar no endereço Avenida Ranulpho Marques Leal, 3484, Distrito Industrial – Três Lagoas/MS. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFMS, Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias ‘Hércules Maymone’ – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS. e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino.

Eu posso recusar a participar ou pedir para sair do estudo?

Sua participação no estudo é **voluntária**. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode **desistir a qualquer momento**. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Eu, _____ após ter sido suficiente e devidamente esclarecido(a) sobre a realização desta pesquisa e gravação dos dados, como está escrito neste termo, declaro que consinto em participar da pesquisa em questão por livre vontade não tendo sofrendo nenhuma forma de pressão ou influência indevida.

Data: __/__/____ Participante da pesquisa:.....

Data: __/__/____ Orientadora responsável:.....

Data: __/__/____ Pesquisadora responsável:.....

Nota: Este termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em **duas vias**, ficando uma com o participante da pesquisa e a outra com a candidata ao mestrado responsável. Todas as páginas deste termo deverão ser **rubricadas e a última assinada** pelos participantes, pesquisadora responsável e pela candidata ao

mestrado. Os resultados deste estudo e o presente termo serão armazenados pela candidata responsável por um **período de 5 anos**, conforme previsto na Res. CNS/MS 466/2012

ANEXO I - Indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do PCIH (PCET)

Fontes de informação: normas institucionais, atas de instituição do PCIH e de reuniões periódicas, relatórios e ou qualquer outro registro formal utilizado no serviço de saúde. A evidência de que o PCIH se encontra atuante e de que há continuidade e regularidade de determinadas atividades deve ser obtida pela averiguação da existência dessa documentação durante, no mínimo, o período de um ano ou pelo tempo de implantação, se menor que esse período. É importante que os documentos e as entrevistas evidenciem a participação da alta administração/direção (gerências, diretorias), além dos outros profissionais que são apontados como membros da CCIH.

Critérios para a avaliação: 1) Atende (A) - as fontes documentais exigidas estão presentes e é possível validá-las por meio de entrevistas com profissionais envolvidos e/ ou acompanhamento das atividades em questão (evidências); 2) Não Atende (NA) - as fontes documentais exigidas não estão presentes.

Código	Componentes	Fundamentação	Relevância	A	NA
PCETMS	A CCIH é representada, no mínimo, por membros do serviço médico, enfermagem e administração.	C	4		
PCETRG	Há um regimento que determina o funcionamento da CCIH e/ou SCIH.	C	4		
PCETPE	Há dois profissionais de saúde, com nível superior, que executam ações exclusivas de prevenção e controle de IH, para cada 200 leitos, sendo que um deles é o enfermeiro (consorciado ou não)	C	4		
PCETDE	O enfermeiro atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 6h/dia	C	4		
PCETDO	Há outro profissional, com nível superior, que atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 4h/dia	C	4		
PCETRP	A CCIH realiza reuniões periódicas com participação dos membros executivos e lideranças	C	3		
PCETMP	Há suporte de laboratório de microbiologia e patologia, próprio ou terceirizado	C	4		
PCETEF	Há espaço físico delimitado e exclusivo para as atividades diárias, arquivos, etc. da CCIH ou do SCIH	C	4		
PCETRI	Há disponibilização de recursos informatizados para as atividades desenvolvidas pela CCIH ou SCIH	C	4		
PCETRE	A administração disponibiliza dados estatísticos (nº de admissões, altas, óbitos, pacientes-dia, etc.) para a realização de relatórios da CCIH ou SCIH	C	4		
TOTAL					

Observação:

Cálculo do indicador:

ANEXO II - Diretrizes operacionais de prevenção e controle de IH (PCDO)

Fontes de informação: documental (ideal), principalmente pela apresentação das diretrizes específicas de controle e prevenção de IH para um dado serviço, elaboradas exclusivamente ou incluídas em manuais gerais da instituição. Atas de reuniões, relatórios e/ou outros registros formais também podem constituir fonte de informação, desde que relacionem dados mínimos destas diretrizes. Em razão de características e especificidade, nem todas as instituições de saúde necessitam apresentar todos os componentes de avaliação estabelecidos nesta função, quando não possuírem serviços ou não realizarem procedimentos de assistência a eles relacionados. Nesses casos, elas deverão ser consideradas como inaplicáveis (IN).

CrITÉrios para a avaliação: a melhor avaliação deverá qualificar não somente a existência da diretriz, mas também a qualidade de seu conteúdo. Dados mínimos que qualificam o conteúdo de tais diretrizes referem-se a: definição da diretriz; procedimentos a serem realizados; bibliografia atualizada e pertinente que fundamenta cada diretriz. Registrar como: Atende (A) quando há diretriz escrita, disponível e qualificada; e Não Atende (NA) se não há diretriz escrita ou não está disponível ou não apresenta qualificação mínima.

Código	Componentes	Fundamentação	Relevância	A	NA	IN
PCDOPB	Há recomendação para avaliação e encaminhamento de acidentes com perfurocortantes e outras exposições a material biológico	C	4			
PCDORS	Há recomendações para descarte de resíduos de serviço de saúde (RSS)	C	4			
PCDOIR	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções respiratórias	C	4			
PCDOIU	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções urinárias	C	4			
PCDOCS	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções de corrente sanguínea	C	4			
PCDOSC	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções de sítio cirúrgico	C	4			
PCDOPI	Há recomendação para isolamentos de pacientes com doenças infecto-contagiosas ou imunodeprimidos	C	4			
PCDOAB	Há recomendação para o uso de antibióticos profiláticos para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico	C	4			
PCDOGA	Há padronização de germicidas e antissépticos	C	4			
PCDOME	Há recomendação de técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos	C	4			
PCDOLM	Há recomendação de técnica de higienização de mãos	C	4			
PCDOLS	Há recomendação da rotina de limpeza e desinfecção de superfícies	C	4			
PCDOLV	Há recomendação para lavagem e higienização de roupas utilizadas na instituição	C	4			
PCDOMC	Há recomendação da técnica para coleta de material para realização de culturas	C	4			
PCDOCU	Há recomendação das técnicas de curativos e periodicidade de trocas dos mesmos	C	4			
TOTAL						

Observação:

Cálculo do indicador:

ANEXO III - Sistema de vigilância epidemiológica de IH (PCVE)

Fontes de informação: documentais como relatórios periódicos da vigilância, atas de reuniões e outras, desde que contenham as atividades sob avaliação e sua frequência (como é o caso da busca e notificação de IH).

CrITÉRIOS para a avaliação: a verificação da existência e regularidade de ações de vigilância epidemiológica deve analisar documentos elaborados durante um período de pelo menos 6 meses. A melhor avaliação de atividades de busca ativa de casos de IH, sua frequência e tipos de pistas utilizadas para a realização do diagnóstico é o acompanhamento consentido dos profissionais executores nas visitas às unidades de internação. Considerar: Atende (AT), quando as fontes documentais exigidas estão presentes e é possível validá-las por meio de entrevistas com profissionais envolvidos e/ ou acompanhamento das atividades em questão (evidências); Não Atende (NA) - as fontes documentais exigidas não estão presentes e/ou não há evidências para atender o componente sob avaliação (entrevistas com profissionais envolvidos, acompanhamento de atividades etc.).

Código	Componentes	Fundamentação	Relevância	A	NA
PCVEIH	Realiza vigilância epidemiológica (global ou por componente) com periodicidade determinada	A e C	4		
PCVEBA	Realiza vigilância epidemiológica de IH por meio de busca ativa de casos	A e C	4		
PCVEUR	Realiza busca ativa de casos de IH nas unidades de maior risco (UTI, berçário, queimados, etc)	A e C	4		
PCVEMI	Monitora, com periodicidade e registros regulares, resultados microbiológicos de culturas que identificam cepas ou espécies de microrganismos, inclusive resistentes	A e C	4		
PCVECD	Há critérios pré-determinados para diagnóstico de IH	A e C	4		
PCVERE	Produz relatório periódico dos resultados da vigilância epidemiológica (níveis endêmicos)	A e C	4		
PCVEAL	Os relatórios analisam e informam alterações do perfil epidemiológico (descritivos e/ou gráficos)	A e C	4		
PCVECP	Os relatórios correlacionam resultados com estratégias de controle e prevenção adotadas (intervenção)	A e C	4		
PCVESS	Os relatórios são regularmente disponibilizados aos diversos setores e lideranças da instituição	A e C	4		
PCVEOP	Os relatórios são regularmente disponibilizados para os órgãos públicos concernentes (gestores)	A e C	4		
TOTAL					

Observação:

Cálculo do indicador:

ANEXO IV - Atividades de controle e prevenção de IH (PCCP)

Fontes de informação: documentais (ideal), como relatórios de visitas de inspeção específicos a determinado serviço ou relatório geral de atividades diárias do SCIH. OBS: como em nosso meio ainda não é comum os profissionais do controle de IH registrarem todas as suas atividades diárias, entrevistas com os prestadores do serviço podem constituir fonte de informação em uma primeira avaliação. As subsequentes deverão exigir fontes registradas.

Critérios para a avaliação: pelo menos um tipo de atividade de prevenção e controle de IH de cada componente no período de 12 meses, considerando: I – inspeção programada; D – orientação/avaliação de diretrizes introduzidas; R – participação em reuniões; C – consultorias/ orientação por demanda espontânea; O – outras atividades. Na avaliação, considerar: Atende (A) quando a atividade sob avaliação foi realizada pelos profissionais do SCIH e seus resultados são registrados em relatórios; Atende Parcialmente (AP): a atividade sob avaliação foi realizada pelos profissionais do SCIH, segundo entrevista, mas não foi registrada (1ª avaliação); Não atende (NA): atividade sob avaliação não foi realizada pelos profissionais do SCIH ou não foi registrada (avaliações subsequentes); Inaplicável (IN): a instituição não possui o setor que contempla ou incorpora a atividade de prevenção e controle de IH sob avaliação.

Código	Componentes	Fundamentação	Relevância	A	NA	IN
PCCPDI	Unidade de diálise (I – D – C – O)	C	4			
PCCPBS	Banco de sangue (I – D – C – O)	C	4			
PCCPAC	Laboratório de análises clínicas (I – D – C – O)	C	4			
PCCPAP	Laboratório de anatomia patológica (I – D – C – O)	C	4			
PCCPUI	Unidades de internação (I – D – C – O)	C	4			
PCCPUT	Unidades de terapia intensiva (adulto, infantil e neo) (I – D – C – O)	C	4			
PCCPBE	Berçário (I – D – C – O)	C	4			
PCCPCM	Central de Material e Esterilização (I – D – C – O)	C	4			
PCCPCC	Centro cirúrgico (I – D – C – O)	C	4			
PCCPPS	Pronto Socorro (I – D – C – O)	C	4			
PCCPAM	Ambulatório (I – D – C – O)	C	3			
PCCPSF	Serviço de Farmácia (I – D – C – O)	C	3			
PCCPSN	Serviço de Nutrição e Dietética (I – D – C – O)	C	4			
PCCPDT	Participa nas decisões técnicas para especificação e aquisição de produtos e correlatos	C	4			
TOTAL						

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

I – inspeção, conforme legislação específica vigente ou diretriz do hospital;

D – orientação/avaliação para cumprimento de legislação específica vigente ou diretriz do hospital;

R – participação em reuniões;

C – consultas/orientação por demanda espontânea;

O – outra atividade. Qual?

Observação:

Cálculo do indicador:

ANEXO V – Caracterização do serviço de saúde

Identificação (código) do serviço de saúde:
1. Tipo de Assistência: ☐ Geral ☐ Pediátrica ☐ Especializada
2. Possui certificação de qualidade em saúde? ☐ não ☐ sim, qual? _____
3. Porte: ☐ pequeno (até 50 leitos) ☐ médio (51 a 150 leitos) ☐ grande (151 a 500 leitos) ☐ extra (acima de 500 leitos)
4. Entidade Mantenedora: ☐ pública ☐ privada ☐ mista ☐ outras
5. Possui Comissão de Controle de Infecção Hospitalar? ☐ não ☐ sim, quanto tempo? _____
6. Possui Serviço de Controle de Infecção Hospitalar? ☐ não ☐ sim, quanto tempo? _____
7. Vínculo dos profissionais: CCIH: ☐ funcionários ☐ terceirizados SCIH: ☐ funcionários ☐ terceirizados
8. Há quanto tempo os profissionais da CCIH estão na empresa? a) Médicos: _____ b) Enfermeiros: _____ c) Outros profissionais: _____ d) Outros profissionais: _____ e) Outros profissionais: _____ h) Outros profissionais: _____
9. Unidades do hospital: ☐ unidade de terapia intensiva adulta – quantos leitos: _____ ☐ unidade de terapia intensiva pediátrica – quantos leitos: _____ ☐ unidade de terapia intensiva neonatal – quantos leitos: _____

ANEXO VI - Indicador de avaliação da estrutura técnico-operacional do PCIH (PCET) com resultados

Código	Componentes	Fundamentação	Relevância	Hosp_1		Hosp_2		Hosp_3	
				A	NA	A	NA	A	NA
PCETMS	A CCIH é representada, no mínimo, por membros do serviço médico, enfermagem e administração.	C	4	X		X		X	
PCETRG	Há um regimento que determina o funcionamento da CCIH e/ou SCIH.	C	4	X		X		X	
PCETPE	Há dois profissionais de saúde, com nível superior, que executam ações exclusivas de prevenção e controle de IH, para cada 200 leitos, sendo que um deles é o enfermeiro (consoante ou não)	C	4	X		X		X	
PCETDE	O enfermeiro atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 6h/dia	C	4	X		X		X	
PCETDO	Há outro profissional, com nível superior, que atua com dedicação exclusiva no serviço, pelo menos 4h/dia	C	4		X		X		X
PCETRP	A CCIH realiza reuniões periódicas com participação dos membros executivos e lideranças	C	3	X		X		X	
PCETMP	Há suporte de laboratório de microbiologia e patologia, próprio ou terceirizado	C	4	X		X		X	
PCETEF	Há espaço físico delimitado e exclusivo para as atividades diárias, arquivos, etc. da CCIH ou do SCIH	C	4	X		X			X
PCETRI	Há disponibilização de recursos informatizados para as atividades desenvolvidas pela CCIH ou SCIH	C	4	X		X		X	
PCETRE	A administração disponibiliza dados estatísticos (nº de admissões, altas, óbitos, pacientes-dia, etc.) para a realização de relatórios da CCIH ou SCIH	C	4	X		X		X	
TOTAL				09	01	09	01	08	02

ANEXO VII - Diretrizes operacionais de prevenção e controle de IH (PCDO) com resultados

Código	Componentes	Fundamentação	Relevância	Hosp_1			Hosp_2			Hosp_3		
				A	NA	IN	A	NA	IN	A	NA	IN
PCDOPB	Há recomendação para avaliação e encaminhamento de acidentes com perfurocortantes e outras exposições a material biológico	C	4	X			X			X		
PCDORS	Há recomendações para descarte de resíduos de serviço de saúde (RSS)	C	4	X			X			X		
PCDOIR	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções respiratórias	C	4	X			X			X		
PCDOIU	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções urinárias	C	4	X			X			X		
PCDOCS	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções de corrente sanguínea	C	4	X			X			X		
PCDOSC	Há recomendações para o controle e prevenção de infecções de sítio cirúrgico	C	4	X			X			X		
PCDOPI	Há recomendação para isolamentos de pacientes com doenças infecto-contagiosas ou imunodeprimidos	C	4	X			X			X		
PCDOAB	Há recomendação para o uso de antibióticos profiláticos para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico	C	4	X			X			X		
PCDOGA	Há padronização de germicidas e antissépticos	C	4	X			X			X		
PCDOME	Há recomendação de técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos	C	4	X			X			X		
PCDOLM	Há recomendação de técnica de higienização de mãos	C	4	X			X			X		
PCDOLS	Há recomendação da rotina de limpeza e desinfecção de superfícies	C	4	X			X			X		
PCDOLV	Há recomendação para lavagem e higienização de roupas utilizadas na instituição	C	4	X			X			X		
PCDOMC	Há recomendação da técnica para coleta de material para realização de culturas	C	4	X			X			X		
PCDOCU	Há recomendação das técnicas de curativos e periodicidade de trocas dos mesmos	C	4	X			X			X		
TOTAL				15	0	0	15	0	0	15	0	0

ANEXO VIII - Sistema de vigilância epidemiológica de IH (PCVE) com resultados

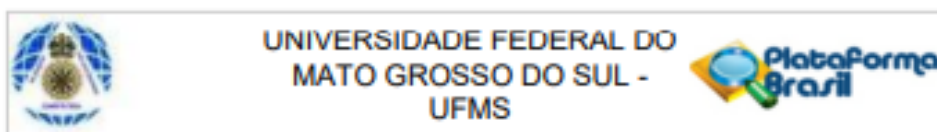
Código	Componentes	Fundamentação	Relevância	Hosp_1		Hosp_2		Hosp_3	
				A	NA	A	NA	A	NA
PCVEIH	Realiza vigilância epidemiológica (global ou por componente) com periodicidade determinada	A e C	4	X		X		X	
PCVEBA	Realiza vigilância epidemiológica de IH por meio de busca ativa de casos	A e C	4	X		X		X	
PCVEUR	Realiza busca ativa de casos de IH nas unidades de maior risco (UTI, berçário, queimados, etc)	A e C	4	X		X		X	
PCVEMI	Monitora, com periodicidade e registros regulares, resultados microbiológicos de culturas que identificam cepas ou espécies de microrganismos, inclusive resistentes	A e C	4	X		X		X	
PCVECD	Há critérios pré-determinados para diagnóstico de IH	A e C	4	X		X		X	
PCVERE	Produz relatório periódico dos resultados da vigilância epidemiológica (níveis endêmicos)	A e C	4	X		X		X	
PCVEAL	Os relatórios analisam e informam alterações do perfil epidemiológico (descritivos e/ou gráficos)	A e C	4	X		X		X	
PCVECP	Os relatórios correlacionam resultados com estratégias de controle e prevenção adotadas (intervenção)	A e C	4	X		X		X	
PCVESS	Os relatórios são regularmente disponibilizados aos diversos setores e lideranças da instituição	A e C	4	X		X		X	
PCVEOP	Os relatórios são regularmente disponibilizados para os órgãos públicos concernentes (gestores)	A e C	4	X		X		X	
TOTAL				10	0	10	0	10	0

ANEXO IX - Atividades de controle e prevenção de IH (PCCP) com resultados

Código	Componentes	Fundamentação	Relevância	Hosp_1			Hosp_2			Hosp_3		
				A	N	IN	A	N	IN	A	N	IN
PCCPDI	Unidade de diálise (I – D – C – O)	C	4	X			X					X
PCCPBS	Banco de sangue (I – D – C – O)	C	4	X			X					X
PCCPAC	Laboratório de análises clínicas (I – D – C – O)	C	4		X			X			X	
PCCPAP	Laboratório de anatomia patológica (I – D – C – O)	C	4		X			X			X	
PCCPUI	Unidades de internação (I – D – C – O)	C	4	X			X			X		
PCCPUT	Unidades de terapia intensiva (adulto, infantil e neo) (I – D – C – O)	C	4	X			X			X		
PCCPBE	Berçário (I – D – C – O)	C	4	X			X					X

PCCPCM	Central de Material e Esterilização (I – D – C – O)	C	4	X			X			X		
PCCPCC	Centro cirúrgico (I – D – C – O)	C	4	X			X			X		
PCCPPS	Pronto Socorro (I – D – C – O)	C	4	X					X	X		
PCCPAM	Ambulatório (I – D – C – O)	C	3	X			X					X
PCCPSF	Serviço de Farmácia (I – D – C – O)	C	3	X				X		X		
PCCPSN	Serviço de Nutrição e Dietética (I – D – C – O)	C	4	X			X	X		X		
PCCPDT	Participa nas decisões técnicas para especificação e aquisição de produtos e correlatos	C	4	X			X			X		
TOTAL				12	2	0	9	4	1	8	2	4

ANEXO X – Parecer Consubstanciado



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE ESTRUTURA E PROCESSO

Pesquisador: ANGELA CONCEICAO RODRIGUES VILELLA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63214122.7.0000.0021

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.921.221

Apresentação do Projeto:

As Infecções Hospitalares (IHs) representam um importante problema de saúde pública, acarretando dificuldades éticas, jurídicas e sociais, como também, o aumento do tempo de internação, gerando custos relacionados à internação e consequentemente, muitas vezes levando a óbitos.

Visando redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções, o Ministério da Saúde criou o Programa de Controle de Infecções

Hospitalares (PCIH), este estabeleceu a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Esta comissão atua ou intervém para prevenir a

ocorrência de novos casos ou para reduzir o risco de complicações para os já acometidos pela doença sob acompanhamento. Diante do exposto, o

estudo tem por objetivo avaliar os Programas de Prevenção e Controle de Infecção de Infecção Hospitalar quanto a adoção de indicadores de

estrutura e processo, por meio de um estudo observacional, analítico, transversal com abordagem quantitativa, em instituições hospitalares inscritas

no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), localizados no município de Três Lagoas e Drcena que possuam CCIH.

Hipótese:

As IRAS são um flagelo que constitui um dos maiores problemas para a segurança do paciente,

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, 4, Prédio das Pró-Reitorias, 4, Hércules Maymon, 4, 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67) 3345-7187 **Fax:** (67) 3345-7187 **E-mail:** cepconcep.prop@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: S.921.221

afetando diretamente a qualidade da prestação do serviço. Diante desta preocupação e compromisso com a qualidade dos serviços prestados em instituições hospitalares, as ações de controle de infecção hospitalar são vistas como determinantes no processo de qualidade e eficiência da assistência em saúde. Assim, o presente estudo se justifica, por meio de uma análise crítica dos resultados, a possibilidade de promover a segurança do paciente, elevar o padrão dos serviços prestados por meio das Boas Práticas, gerenciar os riscos institucionais e impulsionar a tomada de decisão nas instituições analisadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar Comissões de Controle de Infecção Hospitalar quanto aos indicadores de estrutura e processo do Programa de Controle de Infecção

Hospitalar.

Objetivo Secundário:

1. Caracterizar os serviços de saúde participantes;
2. Calcular e apresentar os índices de conformidade das práticas estabelecidas pelo Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos relacionados a esta pesquisa serão os seguintes:

1. Possibilidade de constrangimento ou desconforto no momento da coleta de dados;
2. Quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Os referidos riscos podem ser considerados mínimos frente à adoção das seguintes medidas de prevenção:
 - (1) a coleta de dados será realizada em horários de menor movimento e que não prejudique a rotina do serviço de saúde; e
 - (2) a pesquisadora responsável pela coleta dos dados estará devidamente capacitada e assinará um termo de sigilo dos dados coletados. Acredita-se que diante as medidas de prevenção apresentadas, os riscos são considerados mínimos.

Benefícios:

Já em relação aos benefícios da pesquisa destaca-se: 1. Conhecimento da realidade do PCIH dos serviços de saúde;

2. Fornecimento de informações que subsidiem melhoria das ações de prevenção e controle das IH.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, 2º Prédio das Pró-Reitorias, 2º Hércules Maymon, 2º 1º andar
Bairro: Pioneiros CEP: 79.070-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cspconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: S.921.221

Acredita-se também que este estudo possa alertar gestores e profissionais de saúde, agentes de controle de infecção e autoridades sanitárias para a real situação do município no que diz respeito à qualidade dos programas de controle de infecção. Esses dados podem servir de base para a formulação de políticas governamentais relacionadas à prevenção de IRAS, controle da resistência antimicrobiana, controle de epidemias e outras doenças que afetam diretamente a saúde da população brasileira. Além disso, os resultados podem incluir contribuições para o desenvolvimento de novas diretrizes e recomendações relacionadas ao tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo observacional, analítico, transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa realizar-se-á nas cidades de Drcena/SP e Três Lagoas/MS. A população para compor a amostra desta pesquisa foi identificada e selecionada por meio de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foram convidados a participar do estudo todos os hospitais, gerais e/ou especializados, públicos, privados e/ou filantrópicos, localizados nos municípios de Drcena e Três Lagoas, que possuam Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Não foram convidados a participar, deste estudo, serviços de saúde para tratamento de doenças mentais, serviços não cadastrados no CNES e unidades que realizem, exclusivamente, atendimento ambulatorial.

Após os hospitais serem identificados, foi enviada uma carta convite, sendo que os estabelecimentos que forneceram o Termo de Anuência para participar do estudo foram os seguintes:

1. Três Lagoas – MS: (1) Sociedade Beneficente do Hospital Auxiliadora; (2) Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul (CASSEMS).
2. Drcena – SP: (1) Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Drcena.

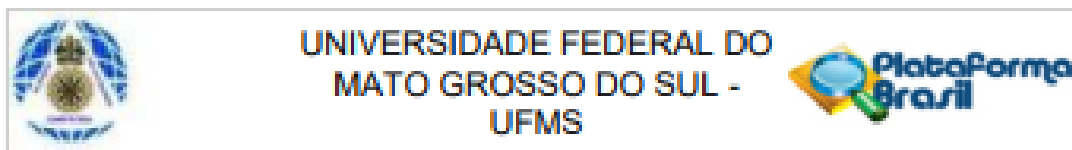
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DÓ_PROJETO_1995357.pdf 10/01/2023
Projeto_CEP.pdf 10/01/2023

CARTAREPOSTA.docx 22/12/2022

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência

Endereço:	Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, 4, Prédio das Pró-Reitorias, 4, Hércules Maymona, 4, 1º andar		
Bairro:	Pioneiros	CEP:	79.070-900
UF:	MS	Município:	CAMPO GRANDE
Telefone:	(67)3345-7187	Fax:	(67)3345-7187
		E-mail:	casconep.prop@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.921.221

TERMOCONSENTIMENTO.pdf 19/10/2022

termo_anuencia_dracena.pdf 10/08/2022

termo_anuencia_cassemis.pdf 10/08/2022

termo_anuencia_auxiliadora.pdf 10/08/2022

termo_compromisso_bancos_de_dados.pdf 10/08/2022

folha_de_rosto.pdf 10/08/2022

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após ser feitas as alterações, conforme orientação, o projeto segue aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

1) Regimento Interno do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/novo-regimento-interno/>

2) Calendário de reuniões: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2023/>

3) Etapas do trâmite de protocolos no CEP via Plataforma Brasil

Disponível em: <https://cep.ufms.br/etapas-do-tramite-de-protocolos-no-cep-via-plataforma-brasil/>

4) Legislação e outros documentos:

Resoluções do CNS.

Norma Operacional nº001/2013.

Portaria nº2.201 do Ministério da Saúde.

Cartas Circulares da Conep.

Resolução COPPI/UFMS nº240/2017.

Outros documentos como o manual do pesquisador, manual para download de pareceres,

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, 2 Prédio das Pró-Reitorias, 2/Hércules Maymonet, 2 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 79.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.prop@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.921.201

pendências frequentes em protocolos de pesquisa clínica v 1.0, etc.

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/legislacoes-2/>

5) Informações essenciais do projeto detalhado

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-projeto-detalhado/>

6) Informações essenciais – TCLE e TALE

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-tcle-e-tale/>

- Orientações quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que serão submetidos por meio do Sistema Plataforma Brasil versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os participantes da pesquisa versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os responsáveis pelos participantes da pesquisa menores de idade e/ou legalmente incapazes versão 2.0.

7) Biobancos e Biorepositórios para armazenamento de material biológico humano

Disponível em: <https://cep.ufms.br/biobancos-e-biorepositorios-para-material-biologico-humano/>

8) Relato de caso ou projeto de relato de caso?

Disponível em: <https://cep.ufms.br/662-2/>

9) Cartilha dos direitos dos participantes de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/cartilha-dos-direitos-dos-participantes-de-pesquisa/>

10) Tramitação de eventos adversos

Disponível em: <https://cep.ufms.br/tramitacao-de-eventos-adversos-no-sistema-cep-conep/>

11) Declaração de uso de material biológico e dados coletados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/declaracao-de-uso-material-biologico/>

12) Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-prontuarios/>

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, 4 Prédio das Pró-Reitorias, 4 Hércules Maymon, 4 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 79.075-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: S.921.321

13) Termo de compromisso para utilização de informações de banco de dados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-banco-de-dados/>

DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO SARS-CoV-2, CONSIDERAR:

Solicitamos aos pesquisadores que se atentem e obedeçam às medidas de segurança adotadas pelo locais de pesquisa, pelos governos municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e pelas demais instâncias do governo devido a excepcionalidade da situação para a prevenção do contágio e o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

As medidas de segurança adotadas poderão interferir no processo de realização das pesquisas envolvendo seres humanos. Quer seja no contato do pesquisador com os participantes para coleta de dados e execução da pesquisa ou mesmo no processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE, incidindo sobre o cronograma da pesquisa e outros. Orientamos ao pesquisador na situação em que tenha seu projeto de pesquisa aprovado pelo CEP e em decorrência do contexto necessite alterar seu cronograma de execução, que faça a devida "Notificação" via Plataforma Brasil, informando alterações no cronograma de execução da pesquisa.

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER PENDENTE, CONSIDERAR:

Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer de pendências por meio da Plataforma Brasil em até 30 dias a contar a partir da data de emissão do Parecer Consubstanciado. As respostas às pendências devem ser apresentadas e descritas em documento à parte, denominado CARTA RESPOSTA, além do pesquisador fazer as alterações necessárias nos documentos e informações solicitadas. Ressalta-se que deve haver resposta para cada uma das pendências apontadas no parecer, obedecendo a ordenação deste. Para apresentar a Carta Resposta o pesquisador deve usar os recursos "copiar" e "colar" quando for transcrever as pendências solicitadas e as respostas apresentadas na Carta, como também no texto ou parte do texto que será alterado nos demais documentos. Ou seja, deve manter a fidedignidade entre a pendência solicitada e o texto apresentado na Carta Resposta e nos documentos alterados.

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros 4 Prédio das Pró-Reitorias 4 Hércules Maymon 4 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 79.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3343-7187 **Fax:** (67)3343-7187 **E-mail:** cep@cep.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.921.221

pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2022, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2022/>

Observar se o atendimento as solicitações remeterá a necessidade de fazer adequação no cronograma da pesquisa, de modo que a etapa de coleta de informações dos participantes seja iniciada somente após a aprovação por este Comitê.

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER NÃO APROVADO, CONSIDERAR:

Informamos ao pesquisador responsável, caso necessário entrar com recurso diante do Parecer Consubstanciado recebido, que ele pode encaminhar documento de recurso contendo respostas ao parecer, com a devida argumentação e fundamentação, em até 30 dias a contar a partir da data de emissão deste parecer. O documento, que pode ser no formato de uma carta resposta, deve contemplar cada uma das pendências ou itens apontados no parecer, obedecendo a ordenação deste. O documento (CARTA RESPOSTA) deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto do projeto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência.

Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2022, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2023/>

EM CASO DE APROVAÇÃO, CONSIDERAR:

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

Informações sobre os relatórios parciais e final podem acessadas em <https://cep.ufms.br/relatorios-parciais-e-final/>

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros 2 Prédio das Pró-Reitorias 2 Hércules Maymon 2 1º andar
Bairro: Pioneiros CEP: 75.075-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cep@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.921/2021

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1995357.pdf	10/01/2023 20:20:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	10/01/2023 20:19:01	ANGELA CONCEICAO RODRIGUES	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.docx	22/12/2022 10:43:32	ANGELA CONCEICAO RODRIGUES	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOCONSENTIMENTO.pdf	19/10/2022 20:34:39	ANGELA CONCEICAO RODRIGUES VILELLA	Aceito
Outros	termo_anuencia_dracena.pdf	10/08/2022 20:54:41	ANGELA CONCEICAO RODRIGUES	Aceito
Outros	termo_anuencia_cassems.pdf	10/08/2022 20:54:14	ANGELA CONCEICAO RODRIGUES	Aceito
Outros	termo_anuencia_auxiliadora.pdf	10/08/2022 20:53:34	ANGELA CONCEICAO RODRIGUES	Aceito
Outros	termo_compromisso_bancos_de_dados.pdf	10/08/2022 20:52:01	ANGELA CONCEICAO RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	10/08/2022 20:47:21	ANGELA CONCEICAO RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 02 de Março de 2023

Assinado por:
Juliana Dias Reis Pessalacia
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, 4 Prédio das Pró-Reitorias, 4/Hércules Maymonet, 4 1º andar
Bairro: Pioneiros CEP: 79.070-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cspconep.prop@ufms.br