

Avaliação de programas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde: perspectiva crítica da RDC N°48/2000 da ANVISA

Assessment of healthcare-associated infection control programs: a critical perspective of ANVISA's RDC N° 48/2000

Evaluación de los programas de control de las infecciones asociadas a la atención de salud: perspectiva crítica del RDC N° 48/2000 de la ANVISA

Charlise Fortunato Pedroso¹ 
Rafael Alves Guimarães² 
Karla de Aleluia Batista^{1,2} 
Paula Regina de Souza Hermann³ 
Lyriane Apolinário de Araújo¹ 
Ingrid Aline de Jesus Gonçalves¹ 
Thaís Augusto Marinho¹ 
Hélio de Souza Júnior⁴ 
Jeane Kelly Silva de Carvalho⁴ 
Geraldo Andrade de Oliveira⁵ 
Raquel Silva Pinheiro¹ 

¹ Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás (IFG), Goiânia, Goiás, Brasil.

² Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, Goiás, Brasil.

³ Universidade de Brasília (UnB), Ceilândia Sul, Distrito Federal, Brasil.

⁴ Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás (IFG), Águas Lindas, Goiás, Brasil.

⁵ Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás (IFG), Valparaíso, Goiás, Brasil.

Autora correspondente:

Raquel Silva Pinheiro
E-mail: raquel.pinheiro@ifg.edu.br

Como citar este artigo: Pedroso, CF, Guimarães RA, Batista KA, Hermann PRS, Araújo LA, Gonçalves IAJ, et al. Avaliação de Programas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde: perspectiva crítica da RDC n°48/2000 da ANVISA. Rev. Eletr. Enferm. 2023;25:74024. <https://doi.org/10.5216/ree.v25.74024> Português, Inglês.

Recebido: 09 setembro 2022
Aceito: 17 março 2023
Publicado online: 24 maio 2023

RESUMO

Objetivo: avaliar criticamente Programas de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS) em hospitais de médio-extra portes, quanto ao cumprimento dos critérios sanitários nacionais. **Métodos:** estudo transversal realizado em 18 hospitais com Comissões de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS) dos estados de Goiás e São Paulo, Brasil. Para coleta de dados aplicou-se formulário online fundamentado nos itens de avaliação preconizados pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) N° 48/2000 - ANVISA. Para análise estatística utilizou-se exame da frequência e distribuição das variáveis (média e desvio padrão - DP). **Resultados:** as CCIRAS atenderam 100% dos itens imprescindíveis, 93,0% (DP = 5,8) dos necessários e 64,8% (DP = 32,5) dos recomendados. Os Serviços de Controle de IRAS atenderam 90,2% (DP = 16,1) dos itens necessários, e 77,8% (DP = 19,2) dos recomendáveis. **Conclusão:** itens imprescindíveis foram cumpridos, porém os necessários e recomendados apresentam diferentes graus de inconformidades, podendo comprometer a prevenção e controle de IRAS. A aplicação de roteiro baseado na RDC N° 48/2000 contribuiu para conhecer a realidade dos PCIRAS dos hospitais, contudo, essa normativa não estabelece percentual mínimo de conformidade, dificultando a interpretação dos resultados. Há necessidade de atualizá-la para instrumentalizar os órgãos fiscalizadores.

Descritores: Programa de Controle de Infecção Hospitalar; Infecção Hospitalar; Monitoramento Epidemiológico; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to critically evaluate Healthcare-Associated Infection Control Programs (HAICP) in medium to extra-large hospitals, as to compliance with national health criteria. **Methods:** cross-sectional study conducted in 18 hospitals with Healthcare-Associated Infection Control Committees (HAICC) in the states of Goiás and São Paulo, Brazil. Data were collected using online form based on the evaluation items from Directors' Collegiate Resolution (RDC) N° 48/2000 – ANVISA. For statistical analysis, frequency, and distribution of variables (mean; standard deviation - SD) were examined. **Results:** HAICC met 100% of the indispensable items, 93.0% (SD = 5.8) of the required, and 64.8% (SD = 32.5) of the recommended. Healthcare-Associated Infection Control Services complied with 90.2% (SD = 16.1) of the necessary items, and 77.8% (SD = 19.2) of those recommended. **Conclusion:** indispensable items were met, but the necessary and recommended ones present different degrees of noncompliance, which may compromise the prevention and control of healthcare-associated infections. The application of a script based on the RDC N° 48/2000 contributes to identify the reality of the hospitals' HAICP.

© 2023 Universidade Federal de Goiás. Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons.



however, this normative does not establish a minimum percentage of compliance, making it difficult to interpret the results. It is necessary to update it in order to provide tools to surveillance agencies.

Descriptors: Hospital Infection Control Program; Cross Infection; Epidemiological Monitoring; Quality of Health Care.

RESUMEN

Objetivo: evaluar críticamente los Programas de Control de Infecciones Relacionadas con la Atención de Salud (PCIRAA) en hospitales medianos y grandes para determinar si cumplen con los criterios nacionales de salud. **Métodos:** estudio transversal realizado en 18 hospitales con Comisiones de Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (CCIAAS) en los estados de Goiás y São Paulo, Brasil. Para la recolección de datos se aplicó un formulario online, desarrollado con base en los ítems de evaluación recomendados por la Resolución Directiva Colegiada (RDC) N° 48/2000 de la ANVISA. Para el análisis estadístico, se utilizó el examen de la frecuencia y distribución de las variables (media y desvío estándar - DE). **Resultados:** las CCIAAS cumplieron en promedio el 100% de los ítems indispensables, el 93,0% (DE = 5,8) de los necesarios y el 64,8% (DE = 32,5) de los recomendados. Los Servicios de Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud cumplieron en promedio el 90,2% (DE = 16,1) de los ítems necesarios y el 77,8% (DE = 19,2) de los recomendados. **Conclusión:** se cumplieron los ítems imprescindibles, pero los necesarios y los recomendados presentan diferentes grados de disconformidad, que pueden comprometer la prevención y el control de las infecciones asociadas a la atención de salud. La aplicación de la rutina basada en la RDC N° 48/2000 contribuyó a conocer la realidad de los PCIRAA en los hospitales, pero esta normativa no establece un porcentaje mínimo de conformidad, lo que dificulta la interpretación de los resultados. Se hace necesario actualizarla para dotar de herramientas a los organismos supervisores.

Descriptors: Programa de Control de Infecciones Hospitalarias; Infección Hospitalaria; Monitoreo Epidemiológico; Calidad de la Atención de Salud.

INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) constituem importante problema de saúde pública, pois aumentam o tempo de internação, custos do tratamento, a resistência microbiana e a morbimortalidade, com repercussões negativas na qualidade assistencial e na segurança do paciente⁽¹⁾.

Estima-se que, nos países em desenvolvimento, as taxas de IRAS sejam 60 vezes maiores quando comparadas aos desenvolvidos. Essa diferença é ocasionada, sobretudo, pela deficiência ou ausência de programas e sistemas de vigilância eficazes para a prevenção e controle desse agravo⁽²⁾.

No Brasil, o Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS se tornou obrigatório em 1997 e no ano seguinte seu processo de trabalho foi orientado pela Portaria N° 2.616/1998⁽³⁾. Posteriormente, visto a necessidade de aprimorar a qualidade das ações dos Programas de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS), estabeleceu-se um roteiro de inspeção por meio da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) N° 48/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁽⁴⁾.

Apesar de suas limitações referentes à validação e defasagem temporal, esse roteiro ainda vigente, constitui um dos marcos legais utilizados na inspeção pelos órgãos fiscalizatórios. Além disso, viabiliza o conhecimento da estrutura física, dos recursos humanos e materiais, das normas e rotinas adotadas para o controle e monitoramento das IRAS, sendo uma importante ferramenta para avaliação do desempenho dos PCIRAS dos hospitais⁽⁴⁾.

No cenário internacional, destacam-se oito componentes mínimos para avaliação dos PCIRAS propostos pela Organização Mundial de Saúde⁽¹⁾ e uma ferramenta de avaliação para países de baixa e média renda, a qual foi traduzida e validada para o idioma português brasileiro⁽⁵⁾. Um segundo instrumento validado está disponível no Brasil desde 2021, pautado em indicadores de processo, estrutura e resultado⁽⁶⁾. No entanto, esses instrumentos ainda não foram adotados pelas agências fiscalizadoras dos serviços de saúde no Brasil, bem como pelos estabelecimentos de saúde.

A obrigatoriedade da elaboração do PCIRAS pela Portaria N° 2.616/1998⁽³⁾ não garante sua implementação nos serviços de saúde brasileiros, além de ser adaptado de acordo com o perfil assistencial do serviço. Somado a isso, poucos estudos avaliaram a implementação dos PCIRAS por meio de instrumentos validados⁽⁷⁻¹⁰⁾, os quais não contemplaram serviços de saúde do estado de Goiás e nem da capital do estado de São Paulo.

Portanto, faz-se necessário conhecer a estrutura organizacional e funcional das Comissões de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS) de diferentes regiões brasileiras, as adequações das ações incluídas em seus PCIRAS, bem como identificar as fragilidades presentes no roteiro de inspeção sanitária, RDC N° 48/2000⁽⁴⁾, com vistas a contribuir para melhores práticas de prevenção e controle das IRAS nos serviços de saúde brasileiros. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar os PCIRAS de hospitais de médio a extra portes, quanto ao cumprimento dos critérios sanitários nacionais.

MÉTODOS

Tipo de estudo, população e local

Estudo transversal descritivo aninhado em pesquisa mais abrangente, intitulada “Estudo epidemiológico de efetividade do monitoramento e controle de IRAS, pelo uso de uma ferramenta digital implantada no âmbito das CCIRAS”. Este recorte envolveu hospitais dos estados de Goiás (região Centro-oeste) e São Paulo (região Sudeste), Brasil.

Critérios de elegibilidade

Em agosto de 2020, um total de 1.390 hospitais gerais ou especializados estavam informados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), das quais 421 em Goiás e 969 em São Paulo.

Devido à natureza do projeto matriz foram incluídos hospitais que possuem CCIRAS e sistema informatizado de laboratórios, farmácia e prontuário eletrônico em, pelo menos, um setor de assistência médica direta ao usuário, exceto setores de emergência. Foram excluídas as instituições clínicas especializadas, casas de saúde, assistência domiciliar, hospitais-dia, centros de atendimento e de saúde mental.

Os hospitais foram abordados, inicialmente, por meio de contato telefônico e o *e-mail* institucional constantes no CNES, a fim de solicitar o contato direto com o coordenador da CCIRAS. Adotando o critério amostral não probabilístico, foram identificados 20 hospitais elegíveis (doze do estado de São Paulo e oito do estado de Goiás). Entretanto, duas instituições do estado de São Paulo recusaram participar da pesquisa, resultando em uma amostra composta por 18 hospitais.

As instituições foram classificadas de acordo com o perfil assistencial (especializada ou geral), natureza jurídica (pública ou privada), gestão (estadual ou municipal) e porte hospitalar, sendo: médio (51 a 150 leitos), grande (151 a 500 leitos) e extra (acima de 500 leitos).

Os estados de São Paulo e Goiás são duas regiões geográficas distintas, com municípios de densidades de redes urbanas e composições de serviços públicos e privados diferentes. O primeiro é um dos mais desenvolvidos economicamente no Brasil, com numerosos e modernos serviços de saúde informatizados. O segundo, trata-se do estado onde os hospitais estão em fase de implantação das tecnologias de informação. Desta forma, a escolha dessas regiões se justifica por representar a variabilidade presente nos territórios brasileiros e permitir conhecer as diversidades das práticas de prevenção e controle de IRAS implementadas nos serviços de saúde dessas contrastantes regiões do país.

Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada entre agosto e setembro de 2020. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os coordenadores das CCIRAS dos 18 hospitais preencheram o roteiro de inspeção da RDC N° 48/2000⁽⁴⁾, em formato autoaplicável, *on-line*, via *Google Forms*. Nele havia as seguintes dimensões: A – identificação da unidade hospitalar; B – inspeção do Programa e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; C - inspeção dos Membros Executores da Comissão e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; e D – conclusão (Apêndices 1 e 2). A RDC N° 48/2000⁽⁴⁾ avalia o cumprimento das ações do PCI-RAS com base no risco potencial de cada item, conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação dos requisitos necessários para Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde de acordo com o risco potencial

Itens	Risco potencial
1. Imprescindível (I)	Pode influir em grau crítico, na qualidade e segurança do atendimento hospitalar.
2. Necessário (N)	Pode influenciar, em grau menos crítico, na qualidade e segurança do atendimento hospitalar.
3. Recomendável (R)	Pode influir, em grau não crítico, na qualidade e segurança do atendimento hospitalar.
4. Informativo (INF)	Oferece subsídios para melhor interpretação dos demais itens, sem afetar a qualidade e a segurança do atendimento hospitalar.

Análise e tratamento dos dados

Os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 (IBM Corp, New York, The United States of America). As características dos hospitais (tipo de assistência, natureza jurídica, gestão, porte hospitalar segundo o número de leitos, tipo de unidade de terapia intensiva e certificação de qualidade pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) foram descritas conforme o estado (Goiás e São Paulo). As comparações entre proporções foram realizadas por meio de teste exato de *Fisher*, com valores de $p < 0,05$ considerados estatisticamente significativos.

Os critérios de inspeção dos PCIRAS e das CCIRAS, assim como os critérios de inspeção dos membros executores e do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS) foram descritos para a amostra total (N = 18). Cada item foi descrito como

frequência absoluta (n) e relativa (%). Além disso, para o cálculo de conformidade dos itens, foi realizada a média geral, definida como a porcentagem das respostas presentes (sim), dividida pelo número total de questões⁽⁴⁾ e o desvio padrão (DP).

Aspectos éticos

A pesquisa matriz e o presente recorte atenderam às normas da Resolução nº 466/2012⁽¹¹⁾, do Conselho Nacional de Saúde, os quais foram aprovados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, parecer nº 3.979.597, de 18 de abril de 2020.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 18 hospitais, cujas características estão apresentadas na Tabela 1. Exceto para o tipo de assistência prestada (geral ou especializada), e o tipo de UTI, não foram encontradas diferenças nas características dos hospitais, segundo o estado onde estavam localizados (Tabela 1).

As CCIRAS apresentaram a totalidade dos itens imprescindíveis e média de conformidade de 93,0% (DP = 5,8) em relação aos itens necessários, considerados de risco potencial para qualidade e segurança assistencial (Tabela 2). Entre os itens de não conformidade, destaca-se ausência de política de utilização de antimicrobianos definida em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica (11,0%) e de formulário padronizado para prescrição de antimicrobianos (11,0%); ausência de controle sistemático da prescrição de antimicrobianos (5,6%); ausência de divulgação de relatórios entre o corpo clínico do hospital (5,6%); e ausência de mecanismo para detecção de casos de IRAS pós-alta (16,7%).

Quanto aos critérios de avaliação recomendados (Tabela 2), a média de respostas afirmativas foi de 64,8% (DP = 32,5).

Em relação à avaliação dos membros executores e SCIRAS (Tabela 3), todos os hospitais atenderam aos critérios imprescindíveis exigidos pela RDC Nº 48/2000⁽⁴⁾. Os profissionais médico e enfermeiro foram as categorias profissionais mais frequentes como membro executor da CCIRAS, seguido pelo técnico de

Tabela 1 - Características dos hospitais (N = 18) segundo o perfil assistencial, tipo de Unidade de Terapia Intensiva e certificação da qualidade, Goiás e São Paulo, Brasil, 2020

Variáveis	Total (N = 18)		Goiás (n = 8)		São Paulo (n = 10)		Valor de p*
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de assistência							
Geral	9	50,0	1	12,5	8	80,0	0,02
Especializada	9	50,0	7	87,5	2	20,0	
Natureza jurídica							
Pública	9	50,0	5	62,5	4	40,0	0,64
Privada	9	50,0	3	37,5	6	60,0	
Gestão							
Municipal	6	33,3	1	12,5	5	50,0	0,15
Estadual	12	66,7	7	87,5	5	50,0	
Porte hospitalar (número de leitos)							
Médio (51 a 150)	7	38,9	4	50,0	3	30,0	1,00
Grande (151 a 500)	9	50,0	3	37,5	6	60,0	0,35
Extra (> 500)	2	11,1	1	12,5	1	10,0	0,86
Tipo de UTI							
Adulta	17	94,4	7	87,5	10	100,0	0,44
Pediátrica	9	50,0	3	37,5	6	60,0	0,64
Neonatal	7	38,9	1	12,5	6	60,0	0,07
Hospital certificado pela ONA							
Não	8	44,4	3	37,5	7	70,0	0,34
Sim	10	55,6	5	62,5	3	30,0	

Nota: UTI - Unidade de Terapia Intensiva; ONA - Organização Nacional de Acreditação; *Teste exato de Fisher.

Tabela 2 - Distribuição dos critérios imprescindíveis, necessários e recomendados para inspeção da CCIRASa e PCIRASb, segundo a Resolução N° 48/2000 (N = 18), Goiás e São Paulo, Brasil, 2020

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Imprescindíveis				
1. Existe CCIRAS ^a neste hospital?	18	100,0	-	-
2. A CCIRAS está formalmente nomeada?	18	100,0	-	-
3. Existe PCIRAS ^b neste hospital?	18	100,0	-	-
4. A CCIRAS ^a elabora regularmente relatórios contendo dados informativos e indicadores do controle de IRAS ^c ?	18	100,0	-	-
5. Existem normas e rotinas, visando limitar a disseminação de microrganismos de doenças infectocontagiosas em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento?	18	100,0	-	-
6. Todos os setores do hospital dispõem de lavatórios com água corrente, sabão e/ou antisséptico e papel toalha, para a higienização das mãos dos profissionais?	18	100,0	-	-
Necessários – média (± DP^d): 93,0 (± 5,8)				
1. Existe regimento interno desta CCIRASa?	17	94,4	1	5,6
2. Existem manuais ou rotinas técnico-operacionais visando à prevenção e controle das IRAS ^c ?	18	100,0	-	-
3. Existe treinamento específico, sistemático e periódico do pessoal do hospital para o controle de IRAS ^c ?	18	100,0	-	-
4. A CCIRAS ^a realiza o controle sistemático da prescrição de antimicrobianos?	17	94,4	1	5,6
5. Existe formulário padronizado para a prescrição de antimicrobianos?	16	88,9	2	11,1
6. A CCIRAS ^a divulga os relatórios entre o corpo clínico do hospital?	17	94,4	1	5,6
7. O hospital dispõe de mecanismo para detecção de casos de IRAS ^c pós-alta?	15	83,3	3	16,7
8. Existe política de utilização de antimicrobianos definida em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica?	16	88,9	2	11,1
Recomendáveis – média (± DPd): 64,8 (± 32,5)				
1. A CCIRAS ^a promove debates com a comunidade hospitalar sobre o controle de IRAS ^c ?	16	88,9	2	11,1
2. Existe consórcio com outros hospitais para utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, na implantação do PCIRAS ^b ?	6	33,3	12	66,7
3. O hospital dispõe de mecanismo de comunicação ou integração com outros serviços de saúde para detecção de casos de IRAS ^c ?	14	77,8	4	22,2

Nota: ^aComissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS); ^bProgramas de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS); ^cInfecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS); ^dDesvio Padrão.

Tabela 3 - Distribuição dos critérios imprescindíveis, necessários e recomendados para inspeção quanto às atividades desenvolvidas pelos Membros Executores da Comissão e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, segundo a Resolução N° 48/2000 (N = 18), Goiás, GO e São Paulo, SP, Brasil, 2020

Critérios	Sim		Não	
	n	%	n	%
Imprescindíveis				
1. A CCIRAS ^a conta com membros executores?	18	100,0	-	-
2. Existe sistema de vigilância epidemiológica das IRAS ^b ?	18	100,0	-	-
3. O hospital conta com laboratório de microbiologia?	18	100,0	-	-
Necessários - média(± DP^c): 90,2 (± 16,1)				
1. Existe protocolo escrito que orienta a higiene de mãos?	18	100,0	-	-
2. Existe protocolo escrito que orienta cuidados com cateteres intravasculares e urinários?	18	100,0	-	-
3. Existe protocolo escrito que orienta curativos?	18	100,0	-	-

Continua...

Tabela 3 - Distribuição dos critérios imprescindíveis, necessários e recomendados para inspeção quanto às atividades desenvolvidas pelos Membros Executores da Comissão e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, segundo a Resolução nº 48/2000 (N = 18), Goiás, GO e São Paulo, SP, Brasil, 2020

Critérios	Conclusão...			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
4. Existe protocolo escrito que orienta a limpeza e desinfecção de produtos para saúde?	18	100,0	-	-
5. Existe treinamento dos funcionários para aplicação dos procedimentos citados acima, realizados em parceria com outras equipes?	18	100,0	-	-
6. Existe coleta de dados sobre IRAS?	18	100,0	-	-
7. São levantados os indicadores de IRAS?	18	100,0	-	-
8. Taxa de infecção hospitalar?	17	94,4	1	5,6
9. Taxa de paciente com infecção hospitalar?	12	66,7	6	33,3
10. Taxa de infecção hospitalar por topografia – urinária?	18	100,0	-	-
11. Taxa de infecção hospitalar por topografia – cirúrgica?	17	94,4	1	5,6
12. Taxa de infecção hospitalar por topografia – respiratória?	18	100,0	-	-
13. Taxa de infecção hospitalar por topografia – cutânea?	9	50,0	9	50,0
14. Taxa de infecção hospitalar por topografia – corrente sanguínea?	18	100,0	-	-
15. Taxa de infecção hospitalar por procedimento?	14	77,8	4	22,2
16. Taxa de infecção hospitalar em cirurgia limpa?	15	83,3	3	16,7
17. Taxa de letalidade por infecção hospitalar?	9	50,0	9	50,0
18. Existe avaliação e priorização dos problemas com base nestes indicadores?	18	100,0	-	-
19. Os membros executores da CCIRAS realizam análise do sistema de vigilância epidemiológica, que permite a identificação de surto em tempo hábil para medidas de controle?	18	100,0	-	-
20. O uso do Equipamento de Proteção Individual é supervisionado pela CCIRAS?	16	88,9	2	11,1
21. São emitidos relatórios de sensibilidade/ resistência bacteriana para o corpo clínico e CCIRAS?	16	88,9	2	11,1
Recomendáveis – média (± DP): 77,8 (± 19,2)				
1. Coeficiente de sensibilidade/resistência dos microrganismos aos antimicrobianos?	12	66,7	6	33,3
2. Existe orientação médica ou consulta aos infectologistas da CCIRAS para a prescrição de antimicrobianos?	18	100,0	-	-
3. A CCIRAS estabelece medidas de educação continuada da equipe médica em relação à prescrição de antimicrobianos?	12	66,7	6	33,3

Nota: *Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS); †Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS); ‡Desvio Padrão.

enfermagem, farmacêutico e administrado (dados não tabulares).

Quanto aos itens necessários (Tabela 3), a média de conformidade foi de 90,2% (DP = 16,1); sendo identificado o descumprimento das exigências quanto aos indicadores utilizados no controle das IRAS pelos hospitais, tais como ausência de cálculo da taxa de letalidade por IRAS (50,0%) e de relatórios de sensibilidade/resistência bacteriana para o corpo clínico (11,1%).

Referente aos itens com risco recomendável, a média foi de 77,8% (DP = 19,2), com inobservância do indicador de coeficiente de sensibilidade/resistência dos

microrganismos aos antimicrobianos e ausência de educação continuada da equipe médica em relação à prescrição de antimicrobianos (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Em hospitais dos estados de Goiás e de São Paulo, que possuem CCIRAS e sistema informatizado de laboratórios, farmácia e prontuário eletrônico em, pelo menos, um setor de assistência médica direta ao usuário, os itens imprescindíveis da RDC Nº 48/2000⁽⁴⁾ foram atendidos em sua totalidade. Estes achados diferem da-

queles encontrados em estudo realizado na região Nordeste do Brasil⁽¹⁰⁾, que também utilizou esse roteiro de inspeção e encontrou menor índice de conformidade. Essa diferença pode estar associada à realidade local, ao porte hospitalar e principalmente à inexistência de certificação pela ONA nos serviços de saúde da região Nordeste do país⁽¹⁰⁾. Os hospitais acreditados possuem um conjunto mínimo de padrões de qualidade e segurança do paciente, interferindo indiretamente nas ações desenvolvidas pelas CCIRAS⁽¹²⁾, resultando em melhores índices de conformidade.

A despeito da RDC N° 48/2000⁽⁴⁾ ser a normativa preconizada pela ANVISA, outros instrumentos tem sido utilizados em pesquisas para avaliar PCIRAS em Ribeirão Preto-SP⁽⁷⁾, Mato Grosso do Sul⁽⁸⁾ e Paraná⁽⁹⁾. Embora tenham utilizado metodologias⁽¹³⁾ diferentes, as quais foram norteadas pela RDC N° 48/2000, os resultados foram similares aos desta pesquisa.

Referente a presença de membros executores nas CCIRAS, item imprescindível, os hospitais apresentaram pelo menos dois técnicos de nível superior da área de saúde, conforme Portaria N° 2.616/1998⁽³⁾, sendo mais frequentes profissionais médicos e enfermeiros, seguidos pelos técnicos de enfermagem, farmacêuticos e administradores. Uma equipe multidisciplinar é fundamental para o bom funcionamento do PCIRAS que, além de promover a articulação entre diferentes serviços e profissionais, contribui para um cuidado em saúde mais seguro e resolutivo na prevenção das IRAS⁽⁷⁾.

Outra conformidade encontrada nos cenários da presente pesquisa foi a existência de laboratório de microbiologia (item imprescindível). Este recurso é indispensável para o controle das IRAS, caracterizando como um dos pontos fortes dos PCIRAS avaliados. O laboratório permite a identificação de microrganismos, cepas resistentes à antimicrobianos e detecção precoce de surtos, contribuindo para diminuir o uso indiscriminado de antibióticos, disseminação de microrganismos multirresistentes e aumenta a acurácia dos dados notificados de IRAS⁽¹⁴⁾.

A existência de protocolo escrito sobre higiene de mãos (item necessário), de lavatórios, papel toalha, sabão e antisséptico (itens imprescindíveis) foi verificada em todos hospitais, caracterizando-se como pontos fortes. A higiene de mãos é uma das medidas mais eficazes e menos dispendiosas para a prevenção das IRAS. Entretanto, para além da infraestrutura e disponibilização de insumos, faz-se necessária a educação continuada dos profissionais de saúde, *feedback* de desempenho e reforço positivo, de modo a melhorar as taxas de adesão à higiene de mãos e reduzir a ocorrência de infecções preveníveis⁽¹³⁾. Embora de grande importância este item não

está presente na RDC N° 48/2000⁽⁴⁾, sendo necessária adequação da normativa com perguntas que viabilizem a avaliação e monitoramento da higiene de mãos nos hospitais brasileiros.

Entre os itens necessários de inspeção dos programas e CCIRAS, uma das maiores lacunas encontradas neste estudo foi a inexistência de busca ativa das Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) pós-alta hospitalar, fato esse também encontrado em hospitais das regiões Nordeste⁽¹⁵⁾ e Sudeste do Brasil^(7,16), bem como na literatura internacional⁽¹⁷⁾. O estabelecimento de um sistema de vigilância pós-alta (VPA) pode auxiliar na prevenção e redução dos casos de ISC, principalmente quando essa intervenção ocorre em um período inferior ao 15º dia do pós-operatório⁽¹⁷⁾.

O não cumprimento dessa recomendação pode levar à subnotificação das IRAS, o que repercute na qualidade e confiabilidade das informações registradas pelos hospitais, gerando taxas subestimadas e não representativas da realidade^(16,18). A VPA geralmente não é adotada nos hospitais brasileiros devido a falta de recursos humanos qualificados e em quantidades suficientes, de estrutura física e de recursos financeiros adequados para a implantação, limitando o monitoramento das ISC apenas ao período de internação hospitalar⁽¹⁶⁾.

Embora não haja, mundialmente, um método confiável de VPA, algumas estratégias têm sido apontadas como promissoras, dentre elas: a telessaúde, que consiste no acompanhamento do paciente por meio de ligação telefônica/dispositivos móveis, e o retorno ambulatorial, que permite a avaliação clínica do paciente e da ferida operatória^(16,17,19). Tratam-se de estratégias de busca ativa de IRAS passíveis de serem implementadas pelos hospitais brasileiros, contribuindo para o diagnóstico e tratamento precoce dos pacientes cirúrgicos, evitando complicações graves, como o óbito⁽¹⁶⁾.

Neste estudo, os hospitais apresentaram sistema de vigilância das IRAS (item imprescindível), coleta de dados, levantamento dos indicadores de IRAS, avaliação e priorização dos problemas com base nesses indicadores (itens necessários). Contudo, verificou-se que alguns indicadores epidemiológicos não foram calculados, em especial as taxas de letalidade por IRAS e de infecção por topografia. Em países europeus, os objetivos e métodos de vigilância das IRAS também variam. Em geral, os profissionais priorizam alguns indicadores em detrimento de outros, levando-se em consideração o tamanho do hospital, região geográfica e volume das despesas com saúde⁽²⁰⁾.

Ressalta-se que, no roteiro de inspeção, as atividades predominantes de monitoramento e controle das infecções se centralizam na vigilância e avaliação de in-

dicadores de resultados, os quais mensuram a incidência ou prevalência das IRAS. Entretanto, o uso isolado de tais estimativas não reflete a qualidade e segurança da assistência em saúde, pois desconsideram a gravidade dos pacientes e a complexidade dos procedimentos invasivos realizados⁽⁹⁾. Portanto, a redução ou aumento de um determinado indicador somente pode ser entendida com base em mudanças estruturais e do processo de trabalho^(1,20).

Diante disso, é de suma importância a atualização e inclusão de indicadores de resultados mais claros e específicos na RDC Nº 48/2000⁽⁴⁾, tais como as taxas baseadas em densidade de incidência; indicadores de processo, como o percentual de adesão ao *bundle* de prevenção de IRAS; e de estrutura, como a quantidade de recursos humanos e materiais, considerados requisitos mínimos para se construir PCIRAS fortes e eficazes⁽²¹⁾, tornando essa ferramenta mais eficiente para a vigilância em saúde pelos órgãos fiscalizadores brasileiros.

Além da elaboração e análise dos indicadores, existe a necessidade de promover debates com a comunidade hospitalar sobre as medidas de prevenção e controle das IRAS (item recomendável). Neste estudo foi identificado que dois hospitais não realizam debates com a comunidade interna. O controle das IRAS não se restringe às ações desenvolvidas pelas comissões, mas é uma responsabilidade de todos os profissionais envolvidos na instituição, incluindo os funcionários administrativos. Nesse sentido, são fundamentais os programas de educação permanente para os profissionais que atuam no SCIRAS oferecidos pelas próprias instituições, ou em parceria com entidades governamentais, que podem servir como um espaço para reflexão, conscientização, mudanças de atitudes e aquisição de conhecimento sobre prevenção e controle das IRAS⁽²²⁾.

Conforme estabelecido pela Portaria Nº 2.616/98, admite-se consórcio entre hospitais com menos de 70 leitos e formação conjunta do PCIRAS⁽³⁾. Nesta investigação, o consórcio com outros hospitais (item recomendável) não foi identificado, possivelmente devido à característica da amostra, composta de hospitais de médio e grande porte, que contam com melhor infraestrutura, recursos financeiros e humanos suficientes para a execução das ações de vigilância das IRAS, o que também foi identificado por outros hospitais brasileiros de grande porte⁽¹⁵⁾. O não cumprimento desse item pode levar a interpretação errada dos resultados, pois não representa a realidade dos hospitais estudados. Nesta pesquisa, esse item diminuiu a média do cumprimento da normativa.

A inobservância do cálculo do indicador de coeficiente de sensibilidade/resistência dos microrganismos aos antimicrobianos e ausência de educação continuada

da equipe médica, em relação à prescrição desses medicamentos (itens recomendáveis), estiveram presentes em um terço dos hospitais. Tal achado é preocupante, uma vez que pode favorecer o surgimento de microrganismos resistentes a múltiplos antimicrobianos.

A falta de capacitação para médicos na área de prescrição de antimicrobianos também é um problema recorrente em outros países, incluindo Estados Unidos da América⁽²³⁾, Irã⁽²⁴⁾ e África⁽²⁵⁾. Nesse cenário, são imprescindíveis a elaboração e a implementação de programa de gerenciamento de uso de antimicrobianos, que envolva um conjunto de ações destinadas à vigilância dos padrões de resistência e do consumo de antimicrobianos^(21,26).

A avaliação da qualidade dos PCIRAS com base nos níveis de criticidade estabelecidos pela RDC Nº 48/2000⁽⁴⁾ se encontra desatualizada e apresenta resultados isolados, subvalorizados, subjetivos e não mensuráveis.

Diante da necessidade de melhor compreensão do risco, foi desenvolvida, em 2007, uma nova tecnologia de inspeção, denominada Roteiro Objetivo de Inspeção, que classifica os serviços de saúde em três níveis: aceitável, tolerável e inaceitável, a depender do valor de risco potencial calculado⁽²⁷⁾.

O resultado inaceitável é aquele em que deverá ocorrer interdição ou suspensão de atividades no serviço. Em relação ao risco tolerável, o serviço poderá receber notificação para correção das não conformidades em prazo definido, e, se o risco for aceitável, certamente, haverá a liberação da licença sanitária⁽²⁷⁾.

Desde 2019, essa classificação foi incorporada pela ANVISA em caráter recomendatório como parte do Projeto Nacional de Harmonização das Ações de Inspeção Sanitária em Serviços de Saúde e de Interesse para a Saúde em 15 setores e serviços de saúde⁽²⁸⁾, porém ainda não foi adotada para avaliação de PCIRAS.

Portanto, destaca-se a urgência de reavaliação da RDC Nº 48/2000⁽⁴⁾ para essa nova metodologia de classificação dos serviços, que favorece o gerenciamento dos riscos em vigilância sanitária e a tomada de decisões frente ao direcionamento de suas ações de controle com base em dados reais e atualizados, diminuindo assim a subjetividade da inspeção⁽²⁷⁾.

A condução do estudo em um número pequeno de hospitais, localizados em dois estados brasileiros, e utilizando uma amostra não probabilística, consiste em limitação para a generalização dos resultados encontrados. Nesse contexto, as análises estratificadas de conformidade não puderam ser realizadas segundo o porte hospitalar e outras variáveis de interesse, devido ao tamanho amostral. Além disso, devido as medidas restritivas para

enfrentamento da pandemia da COVID-19, não foi possível a observação *in loco* de algumas variáveis e realização da entrevista, sendo a coleta de dados realizada *online* e de forma auto declaratória pelos coordenadores das CCIRAS. Entretanto, os resultados contribuem para a construção do conhecimento sobre os PCIRAS implantados em hospitais dos estados de São Paulo e Goiás.

Por fim, deve-se refletir sobre o roteiro de inspeção que não engloba questões importantes, tais como a disponibilidade de orçamento financeiro para o funcionamento do PCIRAS; presença de um programa multidisciplinar que considere a situação local da unidade; indicadores epidemiológicos bem definidos, planos de atuação com objetivos, metas e estratégias claras para prevenção e controle de IRAS; desenvolvimento de protocolos e frequência de alimentação/análise dos dados nos sistemas de vigilância existentes⁽²¹⁾.

CONCLUSÃO

Os itens imprescindíveis da RDC N° 48/2000⁽⁴⁾ foram cumpridos em sua totalidade, porém os necessários e recomendados tiveram percentuais menores. Há fragilidades quanto à algumas ações importantes para a prevenção e controle das IRAS, como ausência do cálculo de indicadores epidemiológicos (tais como taxa de letalidade de IRAS e coeficiente de sensibilidade/resistência dos microrganismos aos antimicrobianos), de mecanismo para detecção de casos de IRAS pós-alta (itens necessários) e de gestão de antimicrobianos (item recomendável).

Essa normativa vigente não estabelece percentual de conformidade mínimo para os critérios, dificultando a interpretação dos resultados. Embora a RDC N° 48/2000⁽⁴⁾ esteja desatualizada enquanto ferramenta avaliativa do PCIRAS, ainda permanece como roteiro oficial para inspeção sanitária e sua utilização contribuiu para conhecer a realidade local dos PCIRAS dos hospitais dos estados de São Paulo e Goiás, principalmente deste último, cujos dados epidemiológicos sobre os programas são escassos. Assim, ressalta-se a importância de atualizar a RDC N° 48/2000⁽⁴⁾ a fim de instrumentalizar os órgãos fiscalizadores durante a inspeção sanitária, cabendo à ANVISA esta função.

FINANCIAMENTO

Esta pesquisa recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde. Número do processo: 25000.038957/2020-10

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES – CRediT

CFP: concepção; supervisão; validação; visualização e escrita – rascunho original.

RAG: metodologia; validação; visualização; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

KAB: concepção; supervisão; validação; visualização e escrita – rascunho original.

PRSH: concepção; investigação e escrita – rascunho original.

LAA: concepção; investigação e escrita – rascunho original.

IAJG: concepção; investigação e escrita – rascunho original.

TAM: concepção; investigação e escrita – rascunho original.

HSJ: concepção; investigação e escrita – rascunho original.

JKSC: concepção; investigação e escrita – rascunho original.

GAO: concepção; investigação e escrita – rascunho original.

RSP: concepção; curadoria de dados; análise formal de dados; metodologia; supervisão; validação; visualização; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global report on infection prevention and control [Internet]. Geneva. 2022 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354489>
2. Saleem Z, Godman B, Hassali MA, Hashmi FK, Azhar F, Rehman IU. Point prevalence surveys of health-care-associated infections: a systematic review. *Pathog Glob Health*. 2019 June 19;113(4):191-205. <https://doi.org/10.1080/20477724.2019.1632070>
3. Portaria N° 2.616 do Ministério da Saúde, de 12 de maio de 1998 (BR) [Internet]. Dispõe sobre diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. *Diário Oficial da União*. 1998 May 13 [cited 2021 May 30]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html
4. Resolução da Diretoria Colegiada N° 48 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 2 de junho de 2000 (BR) [Internet]. Aprova o roteiro de inspeção do programa de controle de infecção hospitalar. *Diário Oficial União*. 2000 Jul 6 [cited 2021 May 30]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0048_02_06_2000.html
5. Abraao LM, Nogueira-Junior C, Orlandi GM, Zimmerman PA, Padoveze MC. Infection prevention and control program assessment tools: A comparative study. *Am J Infect Control*. 2022 Oct;50(10):1162-70. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.01.020>

6. Alvim ALS, Gazzinelli A, Couto BRGM. Construction and validation of instrument to assess the quality of infection control programs. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42:e202001352021. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200135>
7. Meneguetti MG, Canini SRMS, Bellissimo-Rodrigues F, Laus AM. Evaluation of Nosocomial Infection Control Programs in health services. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015 Jan-Feb;23(1):98-105. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0113.2530>
8. Giroti ALB, Ferreira AM, Rigotti MA, Sousa AFL, Frota OP, Andrade D. Programas de Controle de Infecção Hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03364. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017039903364>
9. Alves DC, Lacerda RA. Avaliação de Programas de Controle de Infecção relacionada a Assistência à Saúde de Hospitais. *Rev Esc Enferm USP.* 2015 Dec;49(Esp):65-73. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700010>
10. Neves IR, Flório FM, Zanin L. Infection Control Programs Related to Healthcare: evaluation of structure and process indicators. *RSD [Internet].* 2022 Jan 4 [cited 2022 Dec 27];11(1):e18311124537.. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24537>
11. Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 2012 Dec [cited 2023 Mar 16]. Available from: http://bvvsms.saude.gov.br/bvvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
12. Berrsaneti FT, Saut AM, Barakat MF, Calarge FA. Is there any link between accreditation programs and the models of organizational excellence? *Rev Esc Enferm USP.* 2016 July-Aug;50(4):648-55. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500016>
13. Silva CPR, Lacerda RA. Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar: construção e validação. *Epidemiol Serv Saúde.* 2007 Apr-June;16(2):128-31. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742007000200011>
14. Haque M, McKimm J, Sartelli M, Dhingra S, Labricciosa FM, Islam S, et al. Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections: A Narrative Overview. *Risk Manag Healthc Policy.* 2020 Nov 17;13:1765-80. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S269315>
15. Santos M Neto, Oliveira MRM, Santos FS, Oliveira FJE, Costa ACPJ, Ferreira AGN. Committees of hospital infection control of public hospital Maranhão, Brasil. *J Manag Prim Health Care.* 2014 Apr 02;5(1):26-32. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v5i1.193>
16. Pagamisse AF, Tanner J, Poveda VB. Post-discharge surveillance of surgical site infections in teaching hospitals in Brazil. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03542. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018038203542>
17. Bediako-Bowan A, Owusu E, Debrah S, Kjerulf A, Newman MJ, Kurtzhals JAL, et al. Surveillance of surgical site infection in a teaching hospital in Ghana: a prospective cohort study. *J Hosp Infect.* 2020 Mar;104(3):321-7. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.004>
18. Taherpour N, Mehrabi Y, Seifi A, Eshrati B, Nazari SSH. Epidemiologic characteristics of orthopedic surgical site infections and under-reporting estimation of registries using capture-recapture analysis. *BMC Infect Dis.* 2021 Jan 04;21:1-7. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05687-z>
19. Lathan R, Sidapra M, Yiasemidou M, Long J, Totty J, Smith G, et al. Diagnostic accuracy of telemedicine for detection of surgical site infection: a systematic review and meta-analysis. *NPJ Digit Med.* 2022 Aug 03;5:1-8. <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00655-0>
20. Hansen S, Schwab F, Zingg W, Gastmeier P, PROHIBIT study group. Process and outcome indicators for infection control and prevention in European acute care hospitals in 2011 to 2012 – Results of the PROHIBIT study. *Euro Surveill.* 2018 May 24;23(21):1700513. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.21.1700513>
21. World Health Organization (WHO). Instructions for the national infection prevention and control assessment tool 2 (IPCAT2) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2021 Set 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330078>
22. Qureshi M, Chughtai A, Seale H. Supporting the Delivery of Infection Prevention and Control Training to Healthcare Workers: Insights from the Sector. *Healthcare (Basel).* 2022 May 18;10(5):936. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050936>
23. Harris A, Chandramohan S, Awali RA, Grewal M, Tillotson G, Chopra T. Physicians' attitude and knowledge regarding antibiotic use and resistance in ambulatory settings. *Am J Infect Control.* 2019 Aug 10;47(8):864-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.02.009>
24. Sami R, Sadegh R, Fani F, Atashi V, Solgi H. Assessing the knowledge, attitudes and practices of physicians on antibiotic use and antimicrobial resistance in Iran: a cross-sectional survey. *J Pharm Policy Pract.* 2022 Nov 14;15:82. <https://doi.org/10.1186/s40545-022-00484-2>
25. Adegbite BR, Edoa JR, Schaumburg F, Alabi AS, Adegnika AA, Grobusch MP. Knowledge and perception on antimicrobial resistance and antibiotics prescribing attitude among physicians and nurses in Lambaréné region, Gabon: a call for setting-up an antimicrobial stewardship program. *Antimicrob Resist Infect Control.* 2022 Mar 3;11:44. <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01079-x>
26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas

à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025 [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2021 [cited 2021 Sept 20]. Available from: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf

27. Navarro MV, Costa EAM, Freitas L, Freitas VLMS, Kindermann C, Duarte LGC. Potential risk assessment: from theory to practice in Health Surveillance. *Vigil Sanit Debate*. 2021 Aug 31;9(3):32-9. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01825>

28. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Harmonização de Roteiros Objetivos de Inspeção (ROI) [Internet]. 2023 Feb 08 [cited 2023 Feb 19]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/projeto-de-melhoria-do-processo-de-inspecao-sanitaria-em-servicos-de-saude-e-de-interesse-para-a-saude/harmonizacao-de-roteiros-objetivos-de-inspecao-roi/ROI-GGTES>

APÊNDICE 1

- Critérios de avaliação do Programa e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar segundo a Resolução de Diretoria Colegiada nº 48/2000, Brasil

Critérios Imprescindíveis*
1. Existe CCIRAS ^a neste hospital? 2. A CCIRAS ^a está formalmente nomeada? 3. Existe PCIRAS ^b neste hospital? 4. A CCIRAS ^a elabora regularmente relatórios contendo dados informativos e indicadores do controle de IRAS ^c ? 5. Existem normas e rotinas, visando limitar a disseminação de microrganismos de doenças infectocontagiosas em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento? 6. Todos os setores do hospital dispõem de lavatórios com água corrente, sabão e/ou antisséptico e papel toalha, para a higienização das mãos dos profissionais?
Critérios Necessários
1. Existe regimento interno desta CCIRAS ^a ? 2. Existem manuais ou rotinas técnico-operacionais visando à prevenção e controle das IRAS ^c ? 3. Existe treinamento específico, sistemático e periódico do pessoal do hospital para o controle de IRAS ^c ? 4. A CCIRAS ^a realiza o controle sistemático da prescrição de antimicrobianos? 5. Existe formulário padronizado para a prescrição de antimicrobianos? 6. A CCIRAS divulga os relatórios entre o corpo clínico do hospital? 7. O hospital dispõe de mecanismo para detecção de casos de IRAS ^c pós-alta? 8. Existe política de utilização de antimicrobianos definida em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica?
Critérios Recomendáveis
1. A CCIRAS promove debates com a comunidade hospitalar sobre o controle de IRAS? 2. Existe consórcio com outros hospitais para utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, na implantação do PCIRAS ^b ? 3. O hospital dispõe de mecanismo de comunicação ou integração com outros serviços de saúde para detecção de casos de IRAS ^c ?

Fonte: Brasil (2000)⁽⁴⁾.

Nota: ^aComissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS); ^bProgramas de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS); ^cInfeções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

APÊNDICE 2

- Critérios de inspeção dos Membros Executores da Comissão e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar segundo a Resolução de Diretoria Colegiada nº 48/2000, Brasil

Critérios Imprescindíveis*
<ol style="list-style-type: none"> 1. A CCIRAS^a conta com membros executores? 2. Existe sistema de vigilância epidemiológica das IRAS^b? 3. O hospital conta com laboratório de microbiologia?
Critérios Necessários
<ol style="list-style-type: none"> 1. Existe protocolo escrito que orienta a higiene de mãos? 2. Existe protocolo escrito que orienta cuidados com cateteres intravasculares e urinários? 3. Existe protocolo escrito que orienta curativos? 4. Existe protocolo escrito que orienta a limpeza e desinfecção de artigos? 5. Existe treinamento dos funcionários para aplicação dos procedimentos citados acima, realizados em parceria com outras equipes? 6. Existe coleta de dados sobre IRAS^b? 7. São levantados os indicadores de IRAS^b? 8. Taxa de infecção hospitalar? 9. Taxa de paciente com infecção hospitalar? 10. Taxa de infecção hospitalar por topografia – urinária? 11. Taxa de infecção hospitalar por topografia – cirúrgica? 12. Taxa de infecção hospitalar por topografia – respiratória? 13. Taxa de infecção hospitalar por topografia – cutânea? 14. Taxa de infecção hospitalar por topografia – corrente sanguínea? 15. Taxa de infecção hospitalar por procedimento? 16. Taxa de infecção hospitalar em cirurgia limpa? 17. Taxa de letalidade por infecção hospitalar? 18. Existe avaliação e priorização dos problemas com base nestes indicadores? 19. Os membros executores da CCIRAS^a realizam análise do sistema de vigilância epidemiológica, que permite a identificação de surto em tempo hábil para medidas de controle? 20. O uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI)^c é supervisionado pela CCIRAS^a? 21. São emitidos relatórios de sensibilidade/resistência bacteriana para o corpo clínico e CCIRAS^a?
Critérios Recomendáveis
<ol style="list-style-type: none"> 1. Coeficiente de sensibilidade/resistência dos microrganismos aos antimicrobianos? 2. Existe orientação médica ou consulta aos infectologistas da CCIRAS para a prescrição de antimicrobianos? 3. A CCIRAS estabelece medidas de educação continuada da equipe médica em relação à prescrição de antimicrobianos?

Fonte: Brasil (2000)⁽⁴⁾.

Nota: ^aComissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS); ^bInfeções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS); ^cEquipamento de Proteção Individual (EPI).