

Serviços de Controle de Infecção Hospitalar: características, dimensionamento e atividades realizadas

Hospital Infection Control Services: characteristics, size and performed activities

Tiago Daltoé¹, Anelise Breier¹, Helena Barreto dos Santos², Mário Bernardes Wagner¹, Ricardo de Souza Kuchenbecker¹

Recebido da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Caxias do Sul, RS, Brasil.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: Infecções associadas a serviços de saúde representam maior morbimortalidade e custo, além de contribuírem em até 50% dos óbitos hospitalares. Serviços de Controle de Infecções Hospitalares possuem um papel importante na promoção da segurança dos pacientes, uma vez que atividades de vigilância são uma importante ferramenta do processo decisório de cuidado de pacientes. O presente estudo visou caracterizar o dimensionamento e as atividades realizadas pelos Serviços de Controle de Infecções Hospitalares. **MÉTODOS:** Realizou-se estudo transversal, no qual foram visitados os 25 hospitais de Porto Alegre (RS), os quais foram caracterizados quanto a complexidade, capacidade instalada e atividades de controle de infecção realizadas. **RESULTADOS:** Os hospitais apresentaram características assistenciais de serviços especializados, entretanto parcela importante dos serviços encontrava-se subdimensionada em relação à legislação vigente, não realizando, muitas vezes, atividades de prevenção e controle de infecções associadas a serviços de saúde, consagradas na literatura. **CONCLUSÃO:** Foi identificado um cenário de inadequação à legislação vigente, mostrando dados que sugerem necessidade de revisão dos requisitos legais que regem a formação dos Serviços de Controle de Infecções Hospitalares no Brasil.

Descritores: Serviços de Controle de Infecções Hospitalares; Infecções associadas a serviços de saúde; Infecção hospitalar

ABSTRACT

Background and Objective: The healthcare-associated infections represent morbi-mortality, costs and can be related to up to 50% of deaths that take place in hospitals. Infection Control Services have a central role in patient safety because surveillance

actions are very important to support decision-making during patient care. This study aimed at characterizing the dimension of, and activities performed by Hospital Infection Control Services. **Methods:** Cross-sectional study that visited 25 hospitals in the city of Porto Alegre (state of Rio Grande do Sul, Brazil). The hospitals were characterized in terms of complexity, capacity and infection control activities performed. **Results:** The hospitals have high complexity; however, a great number of Infection Control Services are under-dimensioned regarding current legislation, and do not perform some actions of prevention and control of healthcare-associated infections, as stated in literature. **Conclusion:** We found inadequacy to legislation, suggesting the need for reviewing legal requirements that regulate Infection Control Services in Brazil.

Keywords: Health services-associated infections; Infection Control Services; Cross infections

INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares acometem aproximadamente 10% dos pacientes internados em hospitais^(1,2). Recentemente, as infecções hospitalares passaram a ser denominadas infecções associadas a serviços de saúde (IASS), de maneira a abranger outras modalidades assistenciais, nas quais esse desfecho pode ocorrer. As IASS correspondem à condição clínica, localizada ou sistêmica, resultante de reação adversa à presença de agente infeccioso ou toxinas produzidas pelo mesmo, em paciente atendido por serviço de saúde e que não estava presente e nem em incubação no momento da admissão pelo serviço⁽³⁾. No contexto hospitalar, as IASS devem perfazer os critérios estabelecidos pelas instâncias regulatórias dos serviços de saúde, como Ministério da Saúde e o centro de prevenção e controle de doenças norte-americano, entre outras⁽⁴⁻⁶⁾.

As IASS representam maior morbimortalidade, internações mais prolongadas, de maior custo, maiores taxas de reinternação, assim como maior tempo de uso de fármacos anti-infecciosos durante e após a alta hospitalar, além de serem responsáveis pela manutenção do risco de disseminação de micro-organismos resistentes aos antimicrobianos⁽⁷⁻¹⁰⁾. As IASS podem contribuir com 15 a 50% dos óbitos intra-hospitalares, dependendo do cenário estudado; esse impacto desfavorável é identificado a despeito de haver consistente literatura acerca do fato de essas infecções serem amplamente passíveis de prevenção⁽¹¹⁻¹³⁾.

Serviços de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH) são responsáveis pela promoção da segurança dos usuários dos servi-

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

2. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Data de aceite: 2/9/2013 – Data de aceite:10/11/2013

Endereço para correspondência:

Tiago Daltoé

Rua Borges de Medeiros, 570/41 – Centro

CEP: 95020-310 – Caxias do Sul, RS, Brasil

Tel.: 55 (54) 8406-4971 – E-mail: tdaltoe@gmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

ços de saúde, condição indispensável para a certificação de qualidade da assistência prestada⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. A portaria do Ministério da Saúde número 2.616, de 12 de maio de 1998, regulamentou a lei 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que estabeleceu a obrigatoriedade da existência de SCIH nos hospitais brasileiros. Além disso, caracterizou os objetivos e o dimensionamento mínimo dos SCIH, de acordo com o número de leitos hospitalares, incluindo os de terapia intensiva e de especialidades, como oncologia, por exemplo, sem, no entanto, detalhar as características assistenciais da instituição. Estabeleceu ainda os pré-requisitos fundamentais para o funcionamento dos SCIH, entre os quais as atividades de vigilância epidemiológica das IASS⁽⁴⁾.

São notoriamente escassos os estudos publicados no Brasil acerca do dimensionamento e da adequação dos SCIH. Um estudo coletou informações de 4.148 hospitais brasileiros (62% do total) no período de 2001 a 2004, visando caracterizar as atividades dos SCIH. Dos serviços pesquisados, 3.194 instituições (77% dos respondentes) afirmaram realizar vigilância epidemiológica das IASS. Considerando os hospitais com leitos de terapia intensiva, o percentual de hospitais que referiu realizar vigilância de IASS subia para 94%⁽¹⁸⁾. Entretanto, há substantiva escassez de estudos publicados avaliando as políticas de controle de IASS, seja pela simples ausência de registros, seja por conta da má qualidade dos registros existentes^(19,20). Não foram identificados estudos brasileiros publicados documentando a adequação do dimensionamento dos SCIH em relação às características assistenciais dos serviços e à legislação vigente.

O presente estudo caracterizar o dimensionamento e atividades realizadas pelos SCIH dos hospitais de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, no qual foram visitados todos os SCIH dos 25 hospitais de Porto Alegre (RS), identificados a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde e dos registros da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Os hospitais psiquiátricos da cidade foram excluídos da amostra em função do baixo risco de ocorrência de IASS. As visitas aos hospitais ocorreram entre os meses de março e junho de 2008 e foram realizadas por pelo menos um dos autores acompanhado de uma técnica da Equipe de Vigilância em Serviços de Saúde da Coordenadoria Geral de Vigilância Sanitária da SMS.

Foram aplicados questionários semiestruturados pré-codificados caracterizando a estrutura, a capacidade instalada, o funcionamento, as atividades e as metodologias de vigilância epidemiológica de IASS realizadas pelos SCIH. O instrumento de coleta de dados foi avaliado antes do início da pesquisa em dois hospitais da cidade de Caxias do Sul (RS), para fins de adequação.

A caracterização do nível de complexidade das atividades assistenciais dos hospitais baseou-se no cadastro do Ministério da Saúde, que habilita a realização de procedimentos de alta ou média complexidades⁽²¹⁾. Os hospitais foram também classificados de acordo com a população assistida. A classificação envolveu a definição de “hospitais clínicos”, ou seja, instituições nas quais a

população assistida consistia majoritariamente de pacientes com doenças com tratamento não cirúrgico e “hospitais cirúrgicos”, onde os pacientes atendidos eram preferencialmente portadores de condições que demandavam cirurgias. As instituições foram ainda caracterizadas como “hospitais especializados”, ou seja, aqueles voltados ao atendimento de uma especialidade específica, ou “hospitais gerais”, se as instituições proporcionassem atendimento simultâneo em várias especialidades médicas. A classificação dos hospitais como instituições de ensino esteve condicionada à autoproclamada existência de atividades de ensino de profissionais de saúde em nível de graduação ou pós-graduação.

Para fins do estudo, a vigilância epidemiológica das IASS realizada pelos hospitais foi caracterizada como busca sistemática, análise e interpretação de informações relacionadas a casos de IASS, de maneira a permitir seu monitoramento e o planejamento de ações, visando controlar a ocorrência das mesmas⁽²²⁾.

A adequação do número de profissionais de saúde que atuavam nos SCIH, assim como a quantificação da carga horária de trabalho realizada pelos mesmos, foi descrita de acordo com os requisitos estabelecidos pela legislação brasileira vigente, que estabelece que os SCIH contem com pelo menos dois profissionais de saúde de nível superior para cada 200 leitos ou fração, com carga horária diária mínima de 6 horas para o enfermeiro e 4 horas para os demais profissionais. Nos hospitais com leitos destinados a pacientes gravemente enfermos, os SCIH devem acrescer 2 horas semanais de trabalho para seus profissionais a cada dez leitos ou fração. Consideram-se pacientes graves aqueles em terapia intensiva (neonatal, pediátrico e adulto); berçário de alto risco; queimados; submetidos a transplantes de órgãos; pacientes hemato-oncológicos e portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida humana⁽⁴⁾.

Estimou-se o tempo dedicado às atividades de vigilância epidemiológica das IASS a partir da caracterização da carga horária de trabalho dos profissionais que atuam nos SCIH e conforme a metodologia adotada em cada um dos serviços. Para tal, partiu-se da análise dos tempos gastos em atividades de vigilância epidemiológica das IASS feita pelos pesquisadores em um dos serviços pesquisados, de maneira que se pudesse ter um parâmetro objetivo para as estimativas de tempo, baseando-se na metodologia de custeio baseado em atividades⁽²³⁾. Essa metodologia incluiu a caracterização de todas as atividades e dos tempos gastos em sua execução e permitiu estimar o tempo necessário para a realização da vigilância epidemiológica de IASS, de acordo com o número de leitos de cada hospital. Para a análise da adequação do tempo de trabalho dedicado pelos profissionais às atividades realizadas nos SCIH, foram calculadas as razões entre o tempo necessário para as atividades declaradas e o tempo disponível aferido mediante a descrição da carga horária dos profissionais dos SCIH.

Também foi caracterizada a realização de vigilância epidemiológica de processos assistenciais críticos para o risco de ocorrência de IASS, como, por exemplo, atividades relacionadas ao uso de cateter vascular central, ventilação mecânica ou higienização das mãos. Para que essas atividades fossem consideradas efetivamente realizadas, era necessário que fosse evidenciada sua

abrangência para toda a população de pacientes internados que – em tese – iria se beneficiar da atividade em questão.

Foram também solicitadas informações referentes à capacidade de gestão das informações epidemiológicas (indicadores) referentes às IASS. Trata-se de características que, na visão dos pesquisadores, identificam um SCIH capaz de responder satisfatoriamente a seus objetivos, os quais estão intimamente ligados às atividades de vigilância epidemiológica de IASS. Partindo-se das informações apuradas nas atividades de vigilância epidemiológica, os SCIH foram perguntados sobre sua capacidade em estimar as taxas de IASS, qual a metodologia de análise utilizada, as formas de divulgação dos dados e a existência de referencial comparativo para as taxas. Os SCIH foram ainda questionados sobre a realização de atividades decorrentes da análise das informações referentes às taxas de IASS nos últimos 90 dias, como forma de caracterizar a capacidade de resposta dos serviços à ocorrência de agravos de interesse, como surtos e casos de pacientes com germes multirresistentes, entre outros.

A codificação e a entrada de dados foram realizadas mediante uso do programa Epi-Info versão 6.0 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos) e a análise dos dados foi realizada com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Para a descrição dos resultados, foram utilizados métodos descritivos que incluem as frequências e as distribuições das variáveis estudadas, além da sumarização dos dados, por meio de estratégia narrativa.

Aos coordenadores dos SCIH estudados, foi apresentado um termo de consentimento informado esclarecendo os objetivos da pesquisa e assegurando o sigilo das informações por ocasião da divulgação dos resultados. Todos os profissionais responsáveis pelos SCIH visitados concordaram em participar da pesquisa, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Projeto 07-413, de 19 de outubro de 2007).

RESULTADOS

Em 2007, Porto Alegre possuía 1.453.077 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 7.701 leitos hospitalares em 27 hospitais, dos quais 1.542 situados em hospitais públicos e 6.159 em instituições privadas, filantrópicas ou não⁽²⁴⁾. A cidade possui regime pleno de municipalização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1997. Em 2006, em Porto Alegre, foram efetuadas 76.256 internações hospitalares em especialidades cirúrgicas e 53.922 em especialidades clínicas⁽²⁵⁾.

Dos 25 hospitais visitados, 24 possuíam SCIH formalmente estruturados e em atividade. O número mediano de leitos por hospital em Porto Alegre é 204 (mínimo de 20; máximo de 1.027). O total de profissionais de saúde atuando nos SCIH pesquisados foi 131, perfazendo média e mediana de 5 técnicos de nível superior por serviço (mínimo de 0; máximo de 18). Dentre esses profissionais, 35 eram médicos, dos quais 14 (40%) relataram possuir dedicação exclusiva ao SCIH ao qual estavam vinculados. Já entre os 37 enfermeiros, a dedicação exclusiva ao

serviço pesquisado era de 73%. Em 23 dos 25 hospitais unidades de terapia intensiva (UTIs) e 88% dos hospitais realizavam procedimentos de alta complexidade. Em relação às atividades de ensino, estas eram realizadas por 76% dos hospitais (Tabela 1). Foram caracterizados como gerais 28 hospitais, 3 foram considerados como instituições dedicadas a alguma especialidade, 15 foram classificados como tendo perfil assistencial de hospital clínico e 10 como hospitais cirúrgicos.

Dezoito hospitais (72%) apresentavam técnicos de nível superior atuando no SCIH em número adequado em relação ao número de leitos, nos termos estabelecidos pela legislação vigente. Entretanto, analisando-se a carga horária desses profissionais de acordo com a recomendação legal, o número de hospitais com SCIH adequadamente dimensionados diminuiu para 12 (48%)⁽⁴⁾.

Declararam realizar atividades de vigilância epidemiológica de IASS relacionadas à ventilação mecânica 19 hospitais (76%). Duas outras instituições informaram não possuir suporte ventilatório (Tabela 2). Cinco hospitais (20%) declararam realizar atividades de vigilância epidemiológica de processos assistenciais de pacientes em uso de cateter vascular central ou urinário.

Dezessete hospitais (68%) realizavam avaliação das prescrições de antimicrobianos, sendo que cinco (20%) tinham algum tipo de monitoramento dos resultados dessa atividade. Sete hospitais (28%) monitoravam o consumo de antimicrobianos por meio de indicadores. Disponham de laboratório de microbiologia para realização de exames de cultura 24 hospitais; destes, 13 (52%) referiram laboratórios próprios ou presentes dentro da estrutura física das instituições.

Tabela 1. Características assistenciais dos hospitais de Porto Alegre (RS)

Característica	n (%)
Unidade de terapia intensiva	23 (92)
Assistência de alta complexidade	22 (88)
Hospital de ensino	19 (76)
Assistência prestada exclusivamente ao Sistema Único de Saúde	9 (36)
Hospitais preferencialmente cirúrgicos	9 (36)
Atendimento de trauma	2 (8)

Tabela 2. Realização de atividades de vigilância epidemiológica de processos assistenciais críticos

Processos assistenciais declarados como vigiados	Sim n (%)
Ventilação mecânica	19 (83)*
Germes resistentes	16 (64)
Sítio cirúrgico	14 (56)
Cateter vascular central	5 (20)
Cateter urinário	5 (20)
Lavagem de mãos	2 (8)
Outros processos	2 (8)

* Dois hospitais declararam não possuir ventilação mecânica.

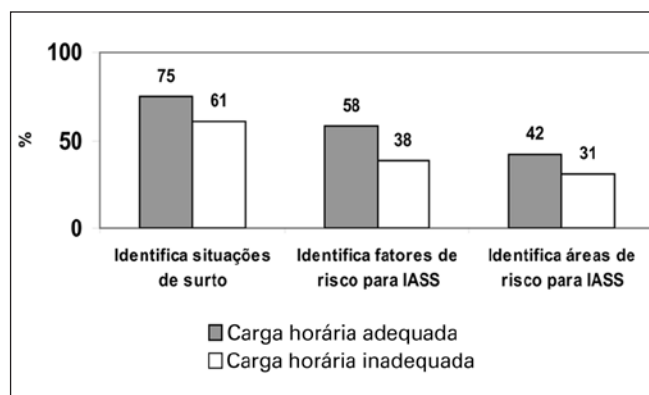
Dezenove (76%) hospitais declararam calcular algum tipo de taxa de IASS regularmente e 12 (48%) declararam possuir metas estabelecidas para as mesmas. Ainda entre os 19 hospitais que relataram calcular taxas de infecção, 18 deles informaram comparar seus indicadores com algum referencial externo proveniente da literatura internacional⁽²⁶⁾. Dezoito hospitais (72%) referiram possuir algum tipo de sistema informatizado para a compilação e a análise das taxas de IASS.

A tabela 3 caracteriza atividades indicativas da capacidade de gestão das informações referentes às taxas de IASS. Hospitais que realizavam atividades de ensino relataram a existência de metas definidas para as taxas de IASS e seu monitoramento com maior frequência do que hospitais que não realizavam atividades de ensino. Por outro lado, a frequência de hospitais que declararam estimar as taxas de IASS foi maior entre aqueles que não realizam atividades de ensino comparativamente àqueles que realizam atividades de ensino – respectivamente, 83 e 74%. Hospitais com UTI declararam realizar atividades de gestão das informações referentes às taxas de IASS com maior frequência do que aqueles que não possuíam UTI. Da mesma maneira, hospitais que realizavam atividades assistenciais de alta complexidade declararam realizar atividades de gestão das informações referentes às taxas de IASS com frequência substancialmente maior do que aqueles que não realizavam atividade assistencial de alta complexidade. Verificou-se também que a adequação da carga horária de técnicos nos termos da legislação vigente ocorreu naqueles hospitais que mais frequentemente calculavam as taxas de infecção e que tinham objetivos definidos para suas taxas de IASS.

Quanto à capacidade de manejar situações de risco para a ocorrência de IASS, 17 (68%) SCIH declararam-se aptos a identificar surtos a partir de seu sistema de vigilância epidemiológica. Doze (48%) declararam-se capazes de identificar áreas dos hospitais em que havia risco aumentado de ocorrência de IASS e nove (36%) declararam-se capazes de identificar fatores de risco para IASS na população assistida. Hospitais com dimensionamento adequado dos profissionais que atuam no SCIH, em relação ao seu porte assistencial, relataram com maior frequência capacidade de identificação: (a) dos fatores de risco para a ocorrência de IASS (58 *versus* 38%); (b) de áreas assis-

ciais de risco (42 *versus* 31%); (c) de situações de surto (75 *versus* 61%) em relação àqueles que não possuem adequado dimensionamento (Figura 1).

Com o intuito de avaliar a capacidade dos hospitais em realizar as atividades de vigilância epidemiológica de IASS por eles descritas, de acordo com tempo disponível dos profissionais dos SCIH para a realização das mesmas, foram criados dois cenários hipotéticos: A e B nos quais, respectivamente, 30 e 50% do tempo total era dedicado à vigilância epidemiológica de IASS (Figura 2). Considerando-se a relação entre tempo disponível/tempo necessário <1, no cenário A, 13 (52%) hospitais não conseguiriam desempenhar as atividades de vigilância de IASS declaradas em função do tempo disponível de seus profissionais e do número de leitos. No cenário B, esse número diminuiu para 7 (28%). No cenário A, dentre os 12 hospitais que tinham carga horária de funcionários adequada à legislação vigente, 8 (67%) seriam capazes de desempenhar as atividades de vigilância epidemiológica de IASS declaradas. Já entre os 13 sem a carga horária de profissionais de saúde adequada, apenas 4 (31%) conseguiriam desempenhar as atividades de vigilância epidemiológica declaradas. No cenário B, dentre os hospitais com a carga horária adequada, dez (83%) conseguiriam realizar as atividades



IASS: infecções associadas a serviços de saúde.

Figura 1. Capacidade de identificar situações de risco segundo adequação da carga horária.

Tabela 3. Manejo de taxas de acordo com a complexidade dos hospitais

	Ensino (%)		UTI (%)		Alta complexidade (%)		Carga horária adequada (%)	
	Sim (n=19)	Não (n=6)	Sim (n=23)	Não (n=2)	Sim (n=22)	Não (n=3)	Sim (n=12)	Não (n=13)
Calcula taxa de infecção	74	83	78	50	77	67	92	62
Tem <i>software</i> para cálculo das taxas	74	67	74	50	77	33	92	54
Tem meta definida para as taxas*	71	40	63	-	65	50	70	56
Monitora série histórica das taxas*	100	60	89	-	94	50	100	78
Considera referencial externo	74	67	78	-	77	33	75	69
Referência externa internacional**	93	75	89	-	94	-	100	78

* Considerados apenas os hospitais que calculam taxas de infecção dentro de cada categoria; * considerados apenas os hospitais que consideram referencial externo dentro de cada categoria.

UTI: unidade de terapia intensiva.

declaradas. Dentre os 13 sem a carga horária adequada, 8 (62%) o fariam (Figura 3).

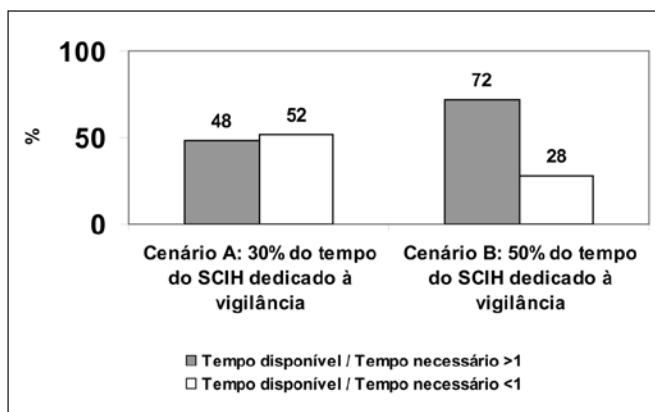
DISCUSSÃO

Em Porto Alegre, 24 dos 25 hospitais estudados contavam com SCIH formalmente constituído e, portanto, esses 24 hospitais realizavam atividades de vigilância epidemiológica das IASS, o que perfez um percentual de 96% dos hospitais, percentual maior que aquele observado em estudo de abrangência nacional, no qual apenas 77% dos hospitais realizavam essa atividade. Ainda no mesmo estudo, dos hospitais que contavam com UTIs, 94% vigiavam IASS, enquanto em Porto Alegre esse percentual foi de 100%⁽¹⁸⁾. Já considerando o perfil dos 25 hospitais de Porto Alegre que possuíam UTI e realizavam procedimentos de alta complexidade em, respectivamente, 92 e 88% das instituições, cabe apontar o fato de que apenas 12 (48%) dos SCIH possuíam carga horária de profissionais adequadamente dimensionadas para o porte assistencial. Além disso, os SCIH parecem ter dificuldade na execução de atividades diretamente

relacionadas à realidade assistencial dos hospitais, como pode ser demonstrado pela baixa frequência de SCIH que realizavam a vigilância de infecções relacionadas a cateteres vasculares ou ao uso de sondagem urinária, por exemplo – equivalente a 20% dos hospitais estudados, num contexto em que 23 dos 25 hospitais possuíam UTI. Vale ainda observar que as vigilâncias de cateteres vasculares, feridas operatórias e sondagem urinária são notadamente efetivas em diminuir a incidência de infecções associadas a esses dispositivos ou ocorrências⁽²⁷⁻²⁹⁾. Tal condição é agravada pela análise do tempo real ou potencial dedicado às atividades de vigilância de IASS. Caso os SCIH dedicassem 30 ou 50% de sua capacidade de trabalho disponível às atividades de vigilância epidemiológica de IASS, em cada uma dessas situações teríamos, respectivamente, 52 e 28% dos hospitais sem o tempo necessário para a realização das mesmas. Cabe ressaltar que, dentre os hospitais com carga horária adequada à legislação, foi maior a frequência de capacidade de execução das atividades declaradas pelos serviços, condição que pode ser favorecida pela exigência legal de um número mínimo de profissionais por leitos existentes. Verificou-se também que a carga horária de técnicos adequada à legislação implicava em diferença importante na porcentagem de hospitais que calculavam taxas de IASS e que mais frequentemente tinham metas definidas para seus objetivos.

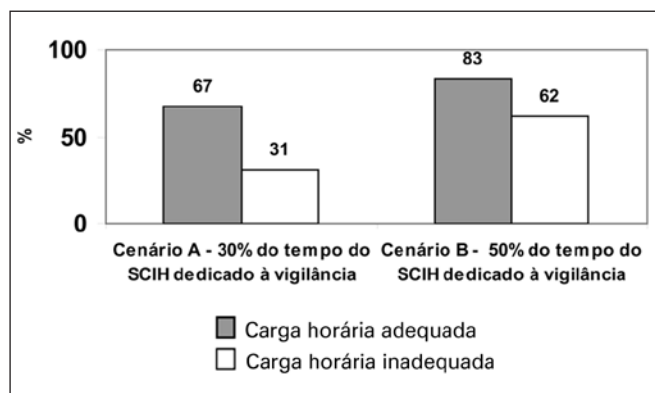
Além disso, ainda que 19 hospitais (76%) tenham referido realizar alguma estimativa das taxas de IASS, apenas 12 (48%) possuíam metas estabelecidas em relação às mesmas. Esses achados permitem inferir que há certa dificuldade entre os serviços pesquisados em mensurar e avaliar o impacto das ações realizadas junto à população atendida pelos hospitais. É perceptível a limitação dos hospitais em completar o ciclo previsto pelas atividades de vigilância, que compreende a busca sistemática, a análise das informações e a divulgação das taxas de infecções aos serviços e equipes assistenciais envolvidas. Essa limitação ocorre seja pela parcela de hospitais que sequer calcula taxas de infecção (24%), seja pela quantidade de hospitais que realiza atividades que não estão diretamente relacionadas a sua realidade assistencial. Somente 17 (68%) dos hospitais pesquisados declararam-se capazes de identificar surtos de IASS e nove (36%) informaram estar aptos a identificar fatores de risco para a ocorrência de IASS na população assistida pelo hospital em que atuam.

Hospitais com carga horária dos técnicos adequada ao porte da instituição demonstraram realizar atividades de gerenciamento das taxas de IASS com maior frequência, assim como foram mais capazes de identificar de áreas de risco para a ocorrência desses agravos, bem como a identificação de situações de surto. Entretanto, os achados do estudo permitiram inferir que a adequação de carga horária não pode ser caracterizada como parâmetro exclusivo de SCIH adequadamente dimensionados, visto que, mesmo entre os hospitais com carga horária suficiente, apenas 58% referiram identificar fatores de risco e menos da metade (42%) relataram identificar áreas de risco nas instituições onde estão os SCIH inseridos. A dificuldade de realização de atividades de prevenção de IASS tem sido observada em outros cenários com diferentes impactos na população atendida⁽³⁰⁾. Tais achados evidenciam a necessidade de que as atividades de vigi-



SCIH: Serviços de Controle de Infecções Hospitalares.

Figura 2. Tempo dedicado às atividades de vigilância.



SCIH: Serviços de Controle de Infecções Hospitalares.

Figura 3. Capacidade de executar atividades declaradas segundo a adequação da carga horária.

lância epidemiológica das IASS devem ser reforçadas quantitativamente e qualitativamente, considerando-se que é a principal ação dos SCIH.

Este estudo apresenta algumas limitações. Os dados foram obtidos por meio de um questionário sem processo de validação das informações coletadas. Além disso, a coleta de dados foi precedida de um surto de *Acinetobacter* spp. multirresistente isolado em vários hospitais em Porto Alegre, com ampla divulgação nos meios de comunicação, o que ocasionou certo tensionamento entre a equipe da vigilância sanitária que acompanhou as entrevistas e alguns serviços estudados. Os autores julgam que esse fato talvez possa ter tido alguma influência na validade das informações fornecidas pelos SCIH, ocasionando eventual superdimensionamento das atividades realizadas, considerando-se a presença de técnico da vigilância sanitária nas visitas de pesquisa. Por último, os dados foram coletados no ano de 2008, sendo possível que desde essa época tenha havido melhoras nos serviços prestados pelas SCIH de Porto Alegre, cabe ressaltar que a legislação que regulamenta esses serviços, na época, já contava com mais de 10 anos em vigência, tempo suficiente para as adequações necessárias. Ainda assim, os achados aqui relatados permitem afirmar que havia inúmeras insuficiências nas práticas de prevenção e controle das IASS na cidade. Ainda que representativa da cidade de Porto Alegre, a abrangência dos achados do presente estudo não pode ser extrapolada para outras cidades brasileiras. Entretanto, considerando-se que a cidade foi pioneira na municipalização da saúde e que a maioria dos hospitais realiza procedimentos de alta complexidade, a realidade das práticas de controle de SCIH aqui retratada oferece subsídio relevante para compreender as políticas de controle de IASS no contexto do SUS, suas limitações e possibilidades de melhoria.

CONCLUSÃO

Os achados do estudo permitem ainda inferir que a capacidade dos SCIH em responder às características assistenciais dos hospitais não pode ser exclusivamente avaliada por meio do quantitativo de técnicos em relação ao número de leitos. Hospitais que desenvolvem atividades de alta complexidade demandam SCIH com capacidade de avaliar a realidade assistencial e desenvolver iniciativas e programas destinados a circunscrever o risco de ocorrência de IASS, promovendo, dessa maneira, a segurança dos pacientes e a qualidade assistencial. Neste contexto, a valorização das atividades de vigilância epidemiológica das IASS, como processo sistemático de compilação, análise e intervenção é condição fundamental para que os SCIH efetivamente sejam capazes de demonstrar o impacto das ações realizadas, cumprindo com seus objetivos. Além disso, tais ações devem ser constantemente estimuladas, uma vez que têm ganhado crescente importância, tanto no cenário de segurança do paciente, quanto em relação às questões afetas à remuneração dos hospitais, por parte dos planos e seguros de saúde⁽³¹⁾.

REFERÊNCIAS

- Nosocomial infection rates for interhospital comparison: limitations and possible solutions. A Report from the National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1991;12(10):609-21.
- Scott BN, Roberts DJ, Robertson HL, Kramer AH, Laupland KB, Ousman SS, et al. Incidence, prevalence, and occurrence rate of infection among adults hospitalized after traumatic brain injury: study protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2013;2(1):68.
- McKibben L, Horan TC, Tokars JI, Fowler G, Cardo DM, Pearson ML, Brennan PJ; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005;26(6):580-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2616, de 12 de Maio de 1998. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.
- Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1992;13(10):606-8.
- Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections, 1988. *Am J Infect Control.* 1988;16(3):128-40. Erratum in: *Am J Infect Control.* 1988;16(4):177.
- Herwaldt LA, Cullen JJ, Scholz D, French P, Zimmerman MB, Pfaller MA, et al. A prospective study of outcomes, healthcare resource utilization, and costs associated with postoperative nosocomial infections. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2006;27(12):1291-8.
- Coello R, Glenister H, Fereres J, Bartlett C, Leigh D, Sedgwick J, et al. The cost of infection in surgical patients: a case-control study. *J Hosp Infect.* 1993;25(4):239-50.
- Roberts RR, Scott RD 2nd, Cordell R, Solomon SL, Steele L, Kampe LM, et al. The use of economic modeling to determine the hospital costs associated with nosocomial infections. *Clin Infect Dis.* 2003;36(11):1424-32.
- Moreira M, Medeiros EA, Pignatari AC, Wey SB, Cardo DM. [Effect of nosocomial bacteremia caused by oxacillin-resistant *Staphylococcus aureus* on mortality and length of hospitalization]. *Rev Assoc Med Bras.* 1998;44(4):263-8. Portuguese.
- Turrini RN. [Nosocomial infection and mortality]. *Rev Esc Enferm USP.* 2002;36(2):177-83. Portuguese.
- Kaoutar B, Joly C, L'Hériveau F, Barbut F, Robert J, Denis M, Espinasse F, Merrer J, Doit C, Costa Y, Daumal F, Blanchard HS, Eveillard M, Botherel AH, Brücker G, Astagneau P; French Hospital Mortality study group. Nosocomial infections and hospital mortality: a multicentre epidemiology study. *J Hosp Infect.* 2004;58(4):268-75.
- Lemaster CH, Hoffart N, Chafe T, Benzer T, Schuur JD. Implementing the Central Venous Catheter Infection Prevention Bundle in the Emergency Department: Experiences Among Early Adopters. *Ann Emerg Med.* 2013.pii: S0196-0644(13)01347-4.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- 2008 Accreditation Process Guide for Hospitals (Electronic Version), Joint Commission, 2008.
- Abrutyn E, Talbot GH. Surveillance strategies: a primer. *Infect Control.* 1987;8(11):459-64.
- Cook E, Marchain D, Kaye KS. Building a Successful Infection Prevention Program: Key Components, Processes, and Economics. *Infect Dis Clin N Am.* 2011;25(1):1-19.
- Santos AA. O modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares: após vinte anos de legislação, onde estamos e para

- onde vamos? Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
19. Turrini RN, Santo AH. [Nosocomial infection and multiple causes of death]. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78(6):485-90.
 20. Fuster Jorge PA, Fernández Sarabia J, Delgado Melian T, Doménech Martínez E, Sierra López A. [Control de calidad en la infección nosocomial en la UCIP]. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 69(1):39-45. Spanish.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde. Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 116.
 22. Last JM. *A Dictionary of Epidemiology*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
 23. Raimundini SL, Souza AA, Struett MAM, Botelho MAM. Aplicabilidade do custei baseado em atividades e análise de custos em hospitais públicos. *R Adm*. 2006;41(4):453-65.
 24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estatísticas da Saúde. Assistência Médico-Sanitária 2009*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
 25. *Cadernos de Informação de Saúde*, Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (2007).
 26. Edwards JR, Peterson KD, Andrus ML, Tolson JS, Goulding JS, Dudeck MA, Mincey RB, Pollock DA, Horan TC; NHSN Facilities. National Healthcare Safety Network (NHSN) Report, data summary for 2006, issued June 2007. *Am J Infect Control*. 2007;35(5):290-301.
 27. Jaggi N, Sissodia P. Multimodal Supervision Programme to Reduce Catheter Associated Urinary Tract Infections and Its Analysis to Enable Focus on Labour and Cost Effective Infection Control Measures in a Tertiary Care Hospital in India. *J Clin Diag Res*. 2012;6(8):1372-6.
 28. Murthy A, De Angelis G, Pittet D, Schrenzel J, Uckay I, Harbarth S. Cost-effectiveness of universal MRSA screening on admission to surgery. *Clin Microbiol Infect*. 2010;16(12):1747-53.
 29. García-Rodríguez JF, Álvarez-Díaz H, Vilariño-Maneiro L, Lorenzo-García MV, Cantón-Blanco A, Ordoñez-Barrosa P, et al. Epidemiology and impact of a multifaceted approach in controlling central venous catheter associated blood stream infections outside the intensive care unit. *BMC Infect Dis*. 2013;13:445.
 30. Kamulegeya A, Kizito AN, Balidawa H. Ugandan medical and health sciences interns' infection control knowledge and practices. *J Infect Dev Ctries*. 2013;7(10):726-33.
 31. Reed D, Kemmerly AS. Infection Control and Prevention: A Review of Hospital-Acquired Infections and the Economic Implications. *Ochsner J*. 2009;9(1):27-31.

Anexo 1. Projeto de pesquisa: metodologia de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares

Ficha de coleta de dados		
1	INSTITUIÇÃO	
2	DATA DA ENTREVISTA	
3	NOME E PROFISSÃO DO ENTREVISTADO	
4	CARGO DO ENTREVISTADO	
5	NÚMERO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO SCIH	NPROF_____
6	QUAL A PROFISSÃO DOS PROFISSIONAIS DO SCIH MÉDICOS _____ ENFERMEIRA _____ FARMACÊUTICO _____ ESTAGIÁRIOS _____ OUTROS _____ ADMINISTRADOR _____	NMED _____ NENF _____ NFARM _____ NEST _____ NOUT _____ NADM _____
7	QUAIS DESSES PROFISSIONAIS POSSUEM CARGA HORÁRIA EXCLUSIVAMENTE DEDICADA AO SCIH MÉDICO _____ ENFERMEIRA _____ FARMACÊUTICO _____ ESTAGIÁRIO _____ OUTROS _____ ADMINISTRADOR _____	EXMED _____ EXENF _____ EXFARM _____ EXEST _____ EXOUT _____ EXADM _____
8	QUAL A CARGA HORÁRIA DE CADA UM DELES DEDICADA AO SCIH POR SEMANA MÉDICO 1 _____ MÉDICO 2 _____ MÉDICO 3 _____ MÉDICO 4 _____ ENFERMEIRA 1 _____ ENFERMEIRA 2 _____ ENFERMEIRA 3 _____ ENFERMEIRA 4 _____ FARMACÊUTICO 1 _____ FARMACÊUTICO 2 _____ ESTAGIÁRIO 1 _____ ESTAGIÁRIO 2 _____ ESTAGIÁRIO 3 _____ ESTAGIÁRIO 4 _____ ESTAGIÁRIO 5 _____ ESTAGIÁRIO 6 _____ ESTAGIÁRIO 7 _____ ESTAGIÁRIO 8 _____ OUTROS _____ ADMINISTRADOR _____ (PULE PARA A TABELA DE CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES)	CARMED _____ CARENF _____ CARFARM _____ CAREST _____ CAROUT _____ CARADM _____
9	QUAIS SÃO AS POPULAÇÕES DE INTERESSE DO HOSPITAL? PACIENTES CIRÚRGICOS NA MAIORIA () PACIENTES CRÍTICOS () PACIENTES CLÍNICOS EM GERAL NA MAIORIA () ESPECIALIDADE ESPECÍFICA _____	INTHOSP _____
10	ENTRE OS PACIENTES DESCRITOS NA PERGUNTA ANTERIOR, QUAIS SÃO OS GRUPOS DE INTERESSE DO SCIH? JUSTIFIQUE.	INTSCIH _____
11	DESCREVA COMO O HOSPITAL REALIZA AS ATIVIDADES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECÇÕES HOSPITALARES DESDE QUANDO E PORQUE ESTE É O MÉTODO UTILIZADO [PERGUNTA ABERTA MESMO] APÓS ESSA PERGUNTA APLICAR A TABELA DE MÉTODOS	
12	QUAIS SÃO AS ÁREAS E OU PROCESSOS ASSISTENCIAIS ABRANGIDOS PELA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICAS DE INFECÇÕES HOSPITALARES?	
13	A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE IH PERMITE IDENTIFICAR OUTRAS ÁREAS QUE DEVEM SER PRIORIZADAS POR PARTE DAS AÇÕES DE CIH? SIM () NÃO () [MARCAR SIM APÓS A EXPLICAÇÃO DE COMO SÃO IDENTIFICADAS AS ÁREAS]	IDAREA _____

Continua...

...continuação

Anexo 1. Projeto de pesquisa: metodologia de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares

14	QUAIS SÃO ESSAS ÁREAS?	
15	COM QUE FREQUÊNCIA AS ÁREAS DE INTERESSE SÃO SUBMETIDAS À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA? DIARIAMENTE () SEMANALMENTE () MENSALMENTE () OUTRO _____	FREQVIG_____
16	O HOSPITAL REALIZA ATIVIDADES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA ESPECIFICAMENTE DIRECIONADAS A: () INFECÇÕES RELACIONADAS A SÍTIO CIRÚRGICO? DESCREVER BREVEMENTE A METODOLOGIA () INFECÇÕES RELACIONADAS A CATETERES VASCULARES? DESCREVER BREVEMENTE A METODOLOGIA () INFECÇÕES RELACIONADAS A VENTILAÇÃO MECÂNICA? DESCREVER BREVEMENTE A METODOLOGIA () INFECÇÕES RELACIONADAS A PROCEDIMENTOS URINÁRIOS INVASIVOS? DESCREVER BREVEMENTE A METODOLOGIA () MICRO-ORGANISMOS MULTIRRESISTENTES? DESCREVER BREVEMENTE A METODOLOGIA. QUAL A DEFINIÇÃO DE GMR? () PROCESSOS ASSISTENCIAIS? QUAIS? DESCREVER BREVEMENTE A METODOLOGIA. QUAL A DEFINIÇÃO DE PROCESSOS VIGIADOS? PROC _____ () HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS? DESCREVER BREVEMENTE A METODOLOGIA	VIGSIT _____ VIGCAT _____ VIGVM _____ VIGUR _____ VIGMRS _____ VIGPROC _____ VIGMAO _____
17	A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES GEROU ALGUMA INTERVENÇÃO NOS ÚLTIMOS 90 DIAS – QUAL?	
18	QUAIS SÃO AS FONTES DE INFORMAÇÕES UTILIZADAS PELAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE IH? () REGISTROS DE PRONTUÁRIOS. DESCREVER () EXAMES LABORATORIAIS. DESCREVER () REGISTROS ADMINISTRATIVOS. DESCREVER () BANCOS DE DADOS CORPORATIVOS () OUTRAS. QUAIS? DESCREVER.	FPRONT _____ FLAB _____ FREGAD _____ FBCORP _____ FOUT _____
19	COMO AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECÇÕES HOSPITALARES FORAM MONTADAS NO HOSPITAL?	
20	QUAL(IS) É(SÃO) O(S) OBJETIVO(S) DO SERVIÇO OU PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO DO HOSPITAL?	
21	ESSES OBJETIVOS ESTÃO QUANTIFICADOS POR MEIO DE TAXAS DE INFECÇÃO HOSPITALAR? SIM () NÃO () EM CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA PULE PARA A QUESTÃO DE NÚMERO 24	OBJIND _____
22	SÃO GERADAS TAXAS DE INFECÇÃO HOSPITALAR INDEPENDENTES DOS OBJETIVOS DO SCIH SIM () NÃO () EM CASO DE RESPOSTA NEGATIVA PULAR PARA A QUESTÃO NÚMERO 34	
23	ESSAS TAXAS SÃO UTILIZADAS PELO SCIH COMO INDICADORES? SIM () NÃO ()	
24	COM QUE FREQUÊNCIA SÃO ANALISADAS AS TAXAS DE IH GERADAS A PARTIR DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA? SEMANTALMENTE () MENSALMENTE () SEMESTRALMENTE () OUTRO _____	
25	HÁ ALGUMA FORMA DE AVALIAÇÃO DA ACURÁCIA DOS DADOS APURADOS PELA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECÇÕES HOSPITALARES PARA CONSTRUÇÃO DAS TAXAS? SIM () NÃO () [MARCAR SIM APÓS A EXPLICAÇÃO DE COMO É FEITA A AVALIAÇÃO]	
26	AS TAXAS DE IH SÃO COMPARADAS COM ALGUM REFERENCIAL EXTERNO? SIM () NÃO () EM CASO DE REPOSTA AFIRMATIVA, QUAL É O REFERENCIAL _____	
27	SÃO GERADOS RELATÓRIOS DAS TAXAS DE IH? SIM () NÃO () – SE NÃO, PULAR A PRÓXIMA QUESTÃO	
28	PARA QUEM SÃO DIVULGADOS OS RELATÓRIOS? CORPO CLÍNICO () DIREÇÃO () OUTRO ()	
29	SE AS TAXAS DE INFECÇÃO SÃO ENCARADAS COMO INDICADORES (RESPOSTA AFIRMATIVA À QUESTÃO NÚMERO 23), FAZER AS PERGUNTAS 30 A 33, SE NÃO, PULAR PARA A PERGUNTA 34 VOCÊ REFERIU O FATO DE QUE AS TAXAS DE IH SÃO CONSIDERADAS INDICADORES ENTÃO:	
30	HÁ METAS PARA ALGUNS DESSES INDICADORES? SIM () NÃO () [MARCAR SIM APÓS A DESCRIÇÃO DAS METAS DE ALGUNS DOS INDICADORES]	

Continua...

...continuação

Anexo 1. Projeto de pesquisa: metodologia de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares

31	HÁ ALGUM MECANISMO DE MONITORAMENTO DAS SÉRIES TEMPORAIS DESSES INDICADORES? MOSTRAR AS SÉRIES TEMPORAIS. SIM () NÃO ()	
32	A ANÁLISE DAS TAXAS/INDICADORES DE IH CONSIDERA A SÉRIE HISTÓRICA? EXPLICAR COMO. SIM () NÃO ()	
33	COMO SÃO DEFINIDOS OS NUMERADORES E DENOMINADORES. [SÃO ESTIMADAS RAZÕES? PROPORÇÕES? TAXAS? SÃO CONSIDERADAS AS FREQUÊNCIAS DE PACIENTES-DIA SOB RISCO?] INDICADOR 1: NUMERADOR _____ /DENOMINADOR _____ INDICADOR 2: NUMERADOR _____ /DENOMINADOR _____ INDICADOR 3: NUMERADOR _____ /DENOMINADOR _____ INDICADOR 4: NUMERADOR _____ /DENOMINADOR _____ INDICADOR 5: NUMERADOR _____ /DENOMINADOR _____ INDICADOR 6: NUMERADOR _____ /DENOMINADOR _____ INDICADOR 7: NUMERADOR _____ /DENOMINADOR _____ INDICADOR 8: NUMERADOR _____ /DENOMINADOR _____ INDICADOR 9: NUMERADOR _____ /DENOMINADOR _____ INDICADOR 10: NUMERADOR _____ /DENOMINADOR _____	
34	HÁ UM DOCUMENTO QUE APRESENTE O PROGRAMA DE CONTROLE DE IH DA INSTITUIÇÃO? MOSTRAR O DOCUMENTO. SIM () NÃO ()	PRODOC. _____
35	HÁ ALGUM SISTEMA DE INFORMAÇÃO OU DE VIGILÂNCIA QUE PERMITA IDENTIFICAR QUAIS FATORES DE RISCO TÊM MERECIDO MAIOR PRIORIZAÇÃO DE PARTE DAS AÇÕES DE CIH? SIM () NÃO () [MARCAR SIM APÓS A EXPLICAÇÃO DE COMO FUNCIONA O SISTEMA]	
36	EXISTE ALGUM MECANISMO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DOS DOENTES AVALIADOS? SIM () NÃO () [MARCAR SIM APÓS A EXPLICAÇÃO DE QUAL É O MECANISMO]	
37	É POSSÍVEL IDENTIFICAR SITUAÇÕES DE SURTOS DE INFECÇÕES A PARTIR DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS IH? SIM () NÃO () [MARCAR SIM APÓS A DESCRIÇÃO DE ALGUM EXEMPLO]	
38	O PROGRAMA/SERVIÇO POSSUI ALGUM <i>SOFTWARE</i> OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA ANÁLISE DAS TAXAS/INDICADORES DE IH? SIM () NÃO ()	
39	O SCIH TEM ACESSO E AVALIA AS PRESCRIÇÕES DE ANTIBIÓTICOS GERADAS NO HOSPITAL? SIM () NÃO ()	
40	COMO ESSA AVALIAÇÃO É FEITA?	
41	HÁ ALGUMA FORMA DE MONITORAMENTO DA AVALIAÇÃO DOS ANTIBIÓTICOS? QUAL?	
42	O HOSPITAL UTILIZA ALGUM INICADOR DE MONITORAMENTO DO CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS? UTILIZA DDD?	
43	EXISTEM OUTROS AGRAVOS PESQUISADOS PELA VIGILÂNCIA ALÉM DAS IH? SIM () NÃO ()	
44	QUAIS?	
45	O HOSPITAL TEM LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA PRÓPRIO SIM () NÃO ()	
46	O SCIH RECEBE OU TEM ACESSO A TODOS OS EXAMES DE MICROBIOLOGIA REALIZADOS NO HOSPITAL SIM () NÃO ()	
47	AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE IH CONTEMPLAM AS AÇÕES DE PROTEÇÃO DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL? SIM () NÃO () [MARCAR SIM APÓS A DESCRIÇÃO DE ALGUM EXEMPLO]	
48	HÁ ALGUM MECANISMO DE ESTIMATIVA/APURAÇÃO DOS CUSTOS RELACIONADOS À VIGILÂNCIA DE IH? SIM () NÃO ()	

Caracterização das atividades de prevenção e controle de infecções hospitalares

Profissão	
() Enfermeiro	() Médico
() _____	() Farmacêutico
Há quanto tempo na função atual _____	
Considerando uma semana típica de trabalho, assinale o tempo despendido em cada uma das atividades abaixo listadas. Por favor, leia todas as atividades antes de preencher a tabela.	
Atividade	Tempo %
Identificação de casos de infecção hospitalar	
Busca de casos (busca ativa, busca passiva, mista)	
Registro e tabulação dos casos de infecção hospitalar	
Análise dos dados e elaboração de indicadores	
Divulgação dos dados da vigilância epidemiológica	
Intervenções geradas a partir da vigilância epidemiológica	
Manejo de leitos de isolamento	
Avaliação do uso de antibióticos	
Investigação e controle de surtos	
Manejo de pacientes portadores de germes resistentes	
Orientações para as equipes assistenciais	
Campanhas de prevenção e atividades educativas	
Treinamentos	
Elaboração e implantação de rotinas de prevenção de infecções	
Participação em reuniões/grupos de trabalho/comissões	