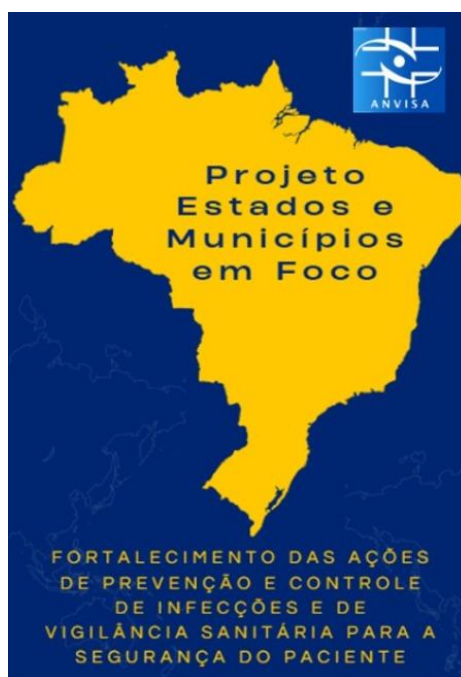


Relatório Implementação e Resultados Projeto Estados e Municípios em Foco 2024



Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Brasília, agosto de 2024

Revisão final em outubro de 2025

Diretor-Presidente

Antonio Barra Torres

Adjunto: Juvenal de Souza Brasil Neto

Diretorias

Segunda Diretoria

Diretora: Meiruze Sousa Freitas

Adjunto: Patrícia Oliveira Pereira Tagliari

Terceira Diretoria

Diretor: Daniel Meirelles Fernandes Pereira

Adjunto: Leandro Rodrigues Pereira

Quarta Diretoria

Diretor: Rômison Rodrigues Mota

Adjunto: Suzana Yumi Fujimoto

Quinta Diretoria

Diretor Substituto: Frederico Augusto de Abreu Fernandes

Adjunto: Giselle Silva Pereira Calais

Gerente Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES

Márcia Gonçalves de Oliveira

Gerente de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS/GGTES

Magda Machado de Miranda Costa

Equipe Técnica GVIMS/GGTES

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

André Anderson Carvalho

Andressa Honorato Miranda Amorim

Cleide Felícia de Mesquita Ribeiro

Daniela Pina Marques Tomazini

Heiko Thereza Santana

Humberto Luiz Couto Amaral de Moura

Lilian de Souza Barros

Luciana Silva da Cruz de Oliveira

Mara Rúbia Santos Gonçalves

Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira

Elaboração

Maria Clara Padoveze

Colaboração

Adriana Maria da Silva Felix

Adriany da Rocha Pimentão

Fátima Fernandes

Revisão GVIMS/GGTES

Lilian de Souza Barros

Luciana Silva da Cruz de Oliveira

Magda Machado de Miranda Costa

Mara Rúbia Santos Gonçalves

Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens deste documento é da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVO.....	5
3. MÉTODOS.....	6
3.1. Procedimentos de coleta de dados	6
3.2. Procedimentos de retroalimentação às equipes	6
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	6
4.1. Resultados das avaliações dos programas estaduais e distrital	7
4.1.1. Participação no processo de avaliação.....	7
4.1.2. Resultados gerais de avaliação de conformidade dos programas Estaduais e Distrital de PCIRAS	7
4.2. Avaliação de progressos entre 2018, 2022 e 2024	14
4.2.1. Região Norte	14
4.2.2. Região Nordeste	18
4.2.3. Região Centro-Oeste	22
4.2.4. Região Sudeste	24
4.2.5. Região Sul	26
4.3. Resultados das avaliações dos programas municipais (capitais)	27
4.3.1. Participação no processo de avaliação.....	28
4.3.2. Resultados gerais de avaliação de conformidade dos programas de PCIRAS	28
5. CONCLUSÃO E SUGESTÕES DE ENCAMINHAMENTO	35
6. REFERÊNCIAS	36

1. INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde (IRAS) são consideradas um problema significativo de saúde pública, particularmente nos países em desenvolvimento, nos quais a carga desta doença é maior do que nos países desenvolvidos (Allegranzi et al, 2011). Entretanto, somente a partir da década de 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou esforços mais intensificados no sentido de promover as ações para a redução desta carga. Atualmente, a OMS preconiza que os programas nacionais de prevenção e controle de IRAS possuam os seguintes componentes essenciais:

1. Programas de prevenção e controle de infecção
2. Diretrizes de prevenção e controle de infecção
3. Educação e treinamento em prevenção e controle de infecção
4. Vigilância das IRAS
5. Estratégias multimodais
6. Monitoramento e auditoria das práticas de prevenção e controle de infecção e retroalimentação

O Brasil, sendo uma república federativa, e tendo dentre os seus princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a *descentralização*, a *hierarquização* e *regionalização* requer uma política de planos nacionais que considerem o papel dos estados e municípios no processo de planejamento. Desta forma, considera-se essencial para o desenvolvimento do PNPCIRAS o estímulo ao pleno funcionamento das coordenações nos Estados e municípios para que se possam alcançar resultados concretos no âmbito nacional. Este princípio é claramente definido no âmbito da prevenção de IRAS, na Portaria 2.616 (Brasil, 1998)

A autoridade nacional de saúde deve, diretamente, ou por delegação, regular, prover guias e promover a adesão às regulações. Por sua vez, o nível local (serviços de saúde) deve oferecer o cuidado à saúde de modo eficiente e seguro para pacientes, trabalhadores e outros. O alinhamento entre os programas nacional e locais é fundamental para o alcance do principal objetivo, que é a prevenção de IRAS (Anvisa, 2022).

Estas considerações conduziram à necessidade de desenvolver um projeto com potencial para estimular o desenvolvimento das Coordenações Estaduais, Distrital e Municipais de Prevenção e Controle de IRAS (CECIRAS, CDCIRAS e CMCIRAS respectivamente) no país. Este projeto foi inicialmente denominado Projeto Estados em Foco e foi atualizado para Projeto Estados e Municípios em Foco, por ter-se ampliado para atenção às CMCIRAS das capitais dos

Estados. Este projeto iniciou-se em 2013, com o objetivo de avaliar, planejar e monitorar as ações de prevenção e controle de IRAS no âmbito dos Estados, com fases sucessivas incluindo treinamento, avaliação e monitoramento.

Em sua primeira fase, o projeto teve como objetivo realizar um diagnóstico situacional, promover o alinhamento de ações entre os Programas Estaduais e o Programa Nacional de PCIRAS e identificar necessidades estratégicas para futuras ações. O diagnóstico situacional foi desenvolvido por meio de avaliações *in loco* nas coordenações estaduais identificando suas características e aplicando a ferramenta da OMS para avaliação dos componentes essenciais traduzida do inglês. Nesta fase, desenvolveu-se um relatório pormenorizado da situação da estrutura e processos para prevenção de controle de IRAS em cada Estado e Distrito Federal. As CECIRAS foram classificadas de acordo com o índice de conformidade aos componentes essenciais da OMS em: consolidadas (n=10; 37,0%), em consolidação (n=8; 29,6%) e em implantação (n=9; 33,3%).

Em uma segunda fase, o objetivo foi estimular o desenvolvimento de planos de ação nos Estados, segundo necessidades específicas locais. Nesta fase foram realizados treinamentos presenciais congregando as CECIRAS das regiões, visando a elaboração de planos de ação no âmbito dos Estados. O treinamento contemplou orientações sobre os componentes essenciais segundo a OMS e estratégias para elaboração de plano de ação.

O objetivo da fase três foi realizar monitoramento das ações propostas pelos Estados. Este monitoramento identificou quais as ações propostas no plano estadual foram realizadas ou não e identificar as principais barreiras para o desenvolvimento dos planos de ação.

A fase 4 teve como objetivo realizar avaliação final das ações desenvolvidas e identificar necessidades para futuras intervenções, na perspectiva da Anvisa. Além disso, foi desenvolvida uma adaptação da ferramenta da OMS de avaliação dos componentes essenciais (IPCAT-2) para o contexto dos Estados e Municípios. Subsequentemente, ocorreu o processo de autoavaliação dos estados (2018 e 2022) e dos municípios (2023), usando a mesma ferramenta padronizada.

2. OBJETIVO

O objetivo deste relatório é apresentar um síntese do resultado das avaliações realizadas no âmbito do *Projeto Estados e Municípios em Foco* referente aos Programas de Prevenção e

Controle de IRAS nos Estados, Distrito Federal e capitais no ano de 2024. Adicionalmente, este relatório traz uma análise comparativa das avaliações dos anos 2018, 2022 e 2024.

3. MÉTODOS

3.1. Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de coleta de dados realizada *in loco* por três consultoras treinadas para essa finalidade. Tais informações foram enviadas a GVIMS/Anvisa por meio do preenchimento de planilha em Excel, adaptada da ferramenta de avaliação para programas de PCIRAS (IPCAT2) da OMS (OMS, 2016).

A coleta de dados ocorreu no período entre janeiro e abril de 2024. As consultoras foram organizadas para a coleta segundo a região. O treinamento das consultoras foi realizado em dezembro de 2024, por meio de dois encontros virtuais. Além do treinamento, reuniões virtuais foram realizadas periodicamente entre as consultoras com a finalidade de esclarecer dúvidas com relação a critérios na coleta de dados, visando manter a homogeneidade na aplicação da ferramenta de avaliação. Adicionalmente, reuniões semanais foram realizadas com a equipe da GVMIS/Anvisa visando uma retroalimentação imediata do andamento das atividades durante a coleta de dados. Os procedimentos operacionais foram estabelecidos em documentos escritos a fim de manter a padronização e assegurar as condutas éticas.

3.2. Procedimentos de retroalimentação às equipes

A padronização de relatório sumarizado e o plano de retroalimentação foram desenvolvidos em conjunto com as demais consultoras e a equipe da GVMIS/Anvisa. As reuniões de retroalimentação das equipes das CECIRAS e CMCIRAS foram coordenadas pela equipe da GVMIS/Anvisa, com a participação das consultoras que realizaram as avaliações;.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados separadamente para as coordenações dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios. Para facilitar a visualização de níveis de conformidade gerais de ambos, utilizou-se código de cores para os índices de conformidade, sendo: acima ou igual a 70%: verde; entre 50 e 69%: azul; entre 25 e 49%: amarelo; abaixo de 25: vermelho.

4.1. Resultados das avaliações dos programas estaduais e distrital

4.1.1. Participação no processo de avaliação

Todos os Estados tiveram os seus programas avaliados.

4.1.2. Resultados gerais de avaliação de conformidade dos programas Estaduais e Distrital de PCIRAS

O **Quadro 1** apresenta os resultados da avaliação realizada no ano de 2024 para os programas de PCIRAS dos Estados e do Distrito Federal (DF). Verifica-se que os Estados e o DF apresentam grande variação de resultados entre si. Diferente dos anos 2018 e 2022, quando ocorreram autoavaliações que podem ter induzidos a algumas inconsistências, para os resultados de 2024 espera-se uma maior consistência na aplicação dos critérios tendo em vista o fato de ter sido realizada por consultoras externas treinadas.

Observou-se que apenas duas coordenações estaduais/distrital apresentaram índices de conformidade superiores a 70% em todos os componentes essenciais: Amazonas e Distrito Federal.

Quadro 1. Percentual de conformidade dos componentes essenciais para os programas de prevenção e controle de infecção nos Estados brasileiros, no ano 2024.

Estado	Índice de Conformidade dos Componentes Essenciais (%)					
	1*	2*	3*	4*	5*	6*
Acre	61	92	54	37	5	72
Alagoas	39	39	67	37	10	8
Amapá	4	17	29	2	0	0
Amazonas	74	100	71	84	83	89
Bahia	61	92	63	74	10	44
Ceará	79	61	53	66	15	22
Distrito Federal	83	97	96	100	95	94
Espírito Santo	74	100	53	100	38	100
Goiás	83	100	67	46	33	67
Maranhão	39	44	43	57	5	28
Mato Grosso	48	100	75	85	33	67
Mato Grosso do Sul	74	22	38	52	50	67

Minas Gerais	75	97	49	80	28	81
Pará	44	53	48	54	5	83
Paraíba	40	83	48	51	10	14
Paraná	57	97	63	94	23	83
Pernambuco	13	19	48	7	0	0
Piauí	69	97	62	27	5	28
Rio de Janeiro	79	97	49	94	33	89
Rio Grande do Norte	48	81	47	35	23	17
Rio Grande do Sul	4	17	29	26	50	81
Rondônia	21	17	47	7	0	8
Roraima	43	61	39	58	0	69
Santa Catarina	31	69	44	43	10	42
São Paulo	82	72	48	92	15	56
Sergipe	43	22	38	12	10	17
Tocantins	21	47	34	24	0	14

1*:Programas de prevenção e controle de infecção; 2*: Diretrizes do Programa de Prevenção e Controle de Infecção; 3* Educação e treinamento sobre prevenção e controle de infecção; 4*: Vigilância de infecções relacionadas a assistência a saúde; 5*Estratégias multimodais; 6*: Monitoramento e auditoria de práticas de PCI, feedback e controle de atividades. Legenda de cores: acima ou igual a 70%: verde; entre 50 e 69%: azul; entre 25 e 49%: amarelo; abaixo de 25: vermelho

Os índices de conformidades nos componentes essenciais foram em média entre 21,8% a 66,4%. Contudo, a média não reflete a variabilidade no país, considerando que os índices de conformidade variaram de 0 a 100% em alguns dos componentes. A mediana dos índices de conformidade variou entre 10,0% a 72,0%, com desvio padrão entre 14,7% e 32,5% (**Figura 1**).



Figura 1. Média, mediana, valor mínimo e valor máximo dos índices de conformidade para os componentes essenciais (de 1 a 6) dos Programas Estaduais de Prevenção e Controle de IRAS, ano 2024.

O componente número 1 (Programas de prevenção e controle de infecção) foi o que mais frequentemente obteve índice de conformidade acima de 70%, em nove Estados. Contudo, a maioria das coordenações obteve índices inferiores a 50% (**Figura 2**). Isso aponta para o fato de que a estrutura desses programas ainda é insuficiente. Falta de equipes formalmente designadas (com particular ausência de um profissional médico, pelo menos) e com capacitação técnica, bem como ausência de orçamento dedicado ao programa estiveram

entre as lacunas mais frequentes.

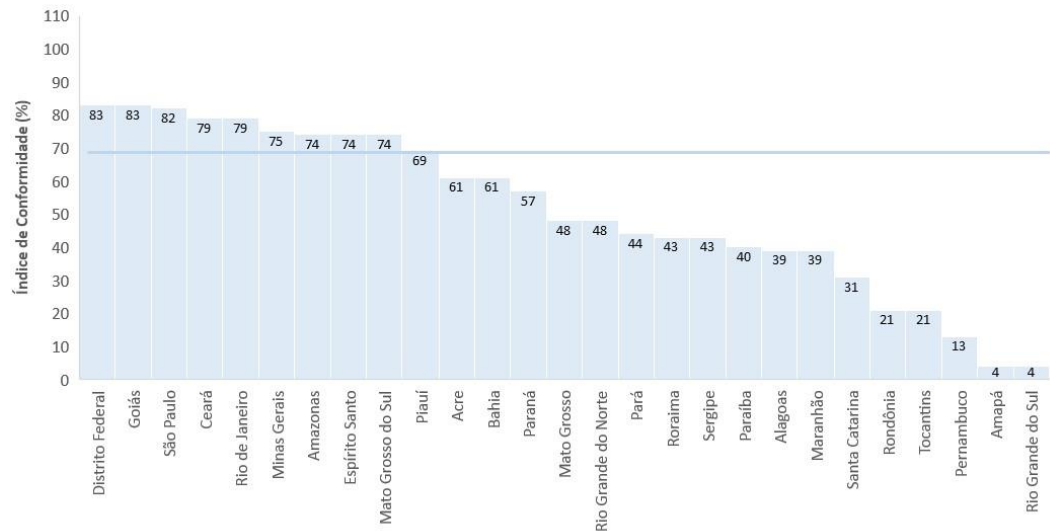


Figura 2. Índice de Conformidade das Coordenações Estaduais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, referente ao componente essencial 1: Programas de Prevenção e Controle de Infecção, ano 2024.

O componente 2 (Diretrizes) obteve índice de conformidade acima de 70% em 14 Estados (**Figura 3**). Isso aponta que as coordenações parecem ter menor dificuldade em definir diretrizes técnicas. Esse aspecto pode ser em parte devido ao fato de que há muitas diretrizes técnicas publicadas pela Anvisa, que podem ser facilmente adaptadas para o contexto dos Estados. Além disso, há uma maior cultura de divulgação de normas técnicas nos órgãos de autoridades sanitárias, em especial a Vigilância Sanitária.

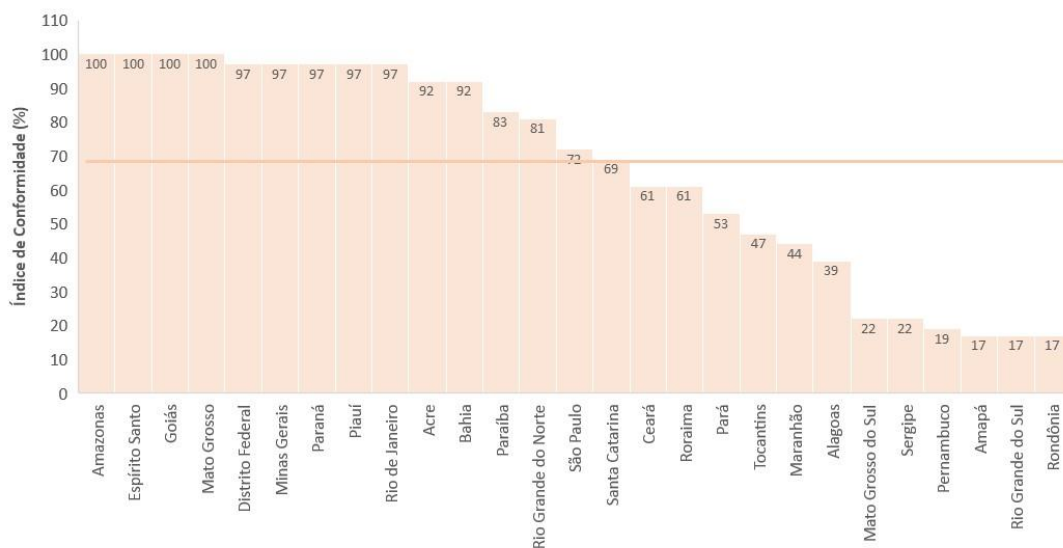


Figura 3. Índice de Conformidade das Coordenações Estaduais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, referente ao componente essencial 2: Diretrizes do programa de prevenção e controle de infecção, ano 2024.

O componente número três (Educação e treinamento) não se apresentou em nenhum Estado com índice de conformidade inferior a 25%. Entretanto isso pode ser atribuído a um artefato de coleta, tendo em vista que um dos elementos de avaliação foi pontuado para todos os Estados tendo em vista referir-se a um elemento que se aplica apenas ao nível nacional (referente ao currículo nacional). Por outro lado, apenas três estados apresentaram índice superior a 70% de conformidade nesse componente e a grande maioria (n=16) teve índice inferior a 50% (**Figura 4**).

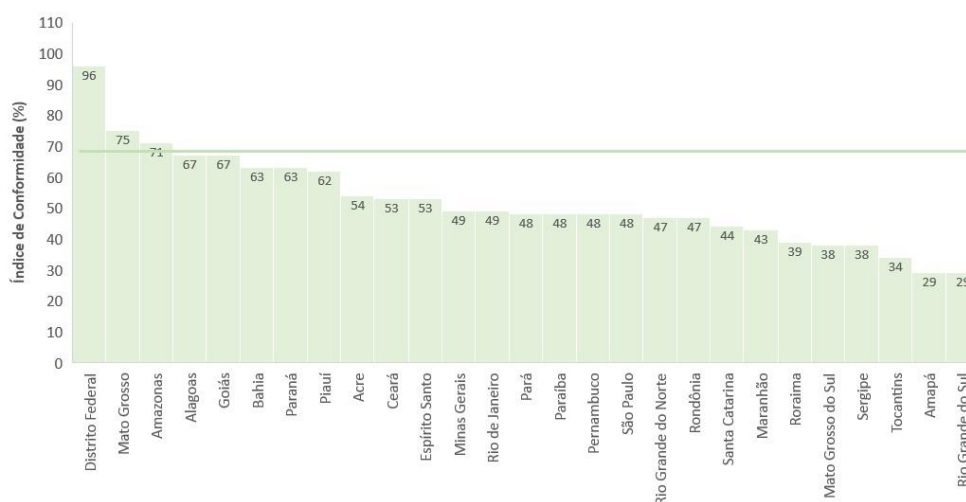


Figura 4. Índice de Conformidade das Coordenações Estaduais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, referente ao componente essencial 3: Educação e treinamento sobre prevenção e controle de infecção, ano 2024.

Quanto ao componente 4 (Vigilância das IRAS) verificou-se que nove Estados apresentaram índice de conformidade superior a 70%. Contudo, doze Estados apresentaram índices de conformidade inferior a 50% (**Figura 5**). Destaque-se que a Anvisa possui um sistema de vigilância que permite que os Estados possam avançar nesse sentido. É importante destacar que dado que os programas estaduais estejam deficitários de estrutura (principalmente recursos humanos), há uma dificuldade em produzir análises e retroalimentação em tempo oportuno. É possível também que equipes com pouca expertise na área de IRAS possam encontrar dificuldade em analisar, interpretar e retroalimentar para as instituições os dados obtidos por meio do sistema nacional.

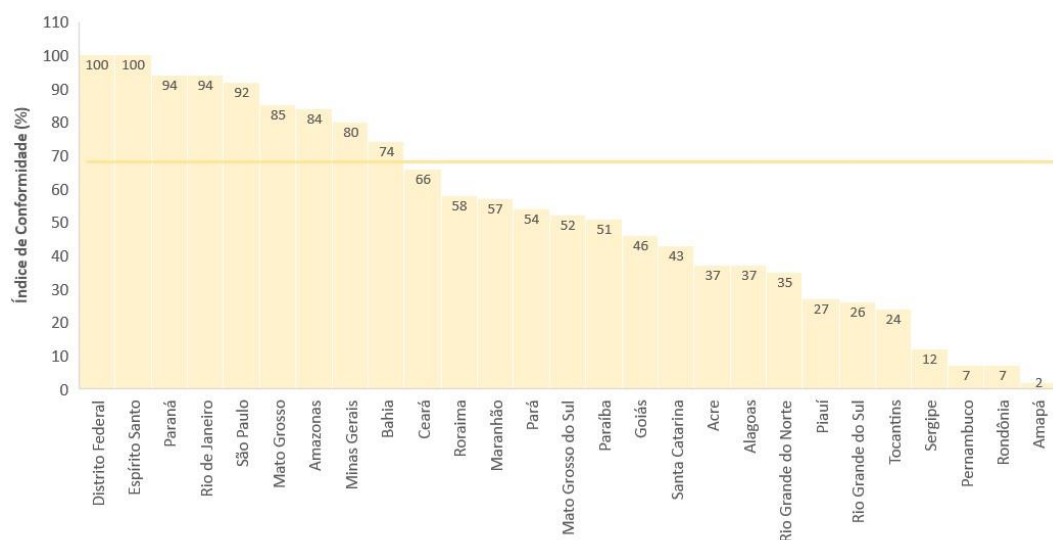


Figura 5. Índice de Conformidade das Coordenações Estaduais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, referente ao componente essencial 4: Vigilância das infecções relacionadas a assistência a saúde, ano 2024.

O componente número cinco (Estratégias multimodais) foi o que teve o maior número de Estados (n=17) com índices de conformidade inferior a 25%. Apenas 2 Estados apresentaram índice de conformidade superior a 70% (**Figura 6**). Embora os Estados possuam diretrizes para a prevenção de IRAS, ainda é bastante incipiente a estrutura sistematizada para educação e treinamento no âmbito dos Estados. Além disso, a incorporação do uso da estratégia multimodal como forma de conduzir o programa estadual ainda é um desafio a ser superado. A estratégia multimodal compreende diversos elementos ou componentes (três ou mais, em geral cinco) implementados de forma integrada com o objetivo de melhorar os desfechos e mudanças de comportamentos. Há evidências na literatura de que a estratégia multimodal é mais potente na obtenção de resultados do que intervenções com estratégias unimodais. Em geral, “treinamento e educação” é um dos elementos das estratégias multimodais. Assim sendo, espera-se que melhorias na compreensão do uso de estratégias multimodais deve induzir a um progresso também no componente de educação e treinamento.

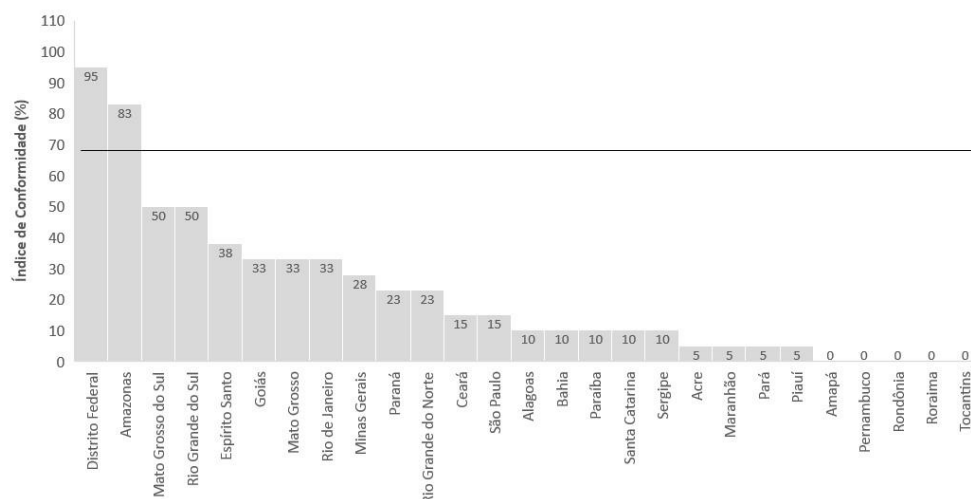


Figura 6. Índice de Conformidade das Coordenações Estaduais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, referente ao componente essencial 5: Estratégias multimodais, ano 2024.

Nove Estados apresentaram índice superior a 70% no componente 6 (Monitoramento, auditoria e retroalimentação). Treze Estados apresentaram índices inferiores a 50% (**Figura 7**). Isso aponta para a necessidade de construir capacidades junto as coordenações para o desenvolvimento desse componente, em especial no que se refere ao elemento de retroalimentação. Há vários mecanismos possíveis de retroalimentação as equipes dos hospitais participantes no sistema de monitoramento, como por exemplo, boletins periódicos, comunicações técnicas, reuniões presenciais ou virtuais.

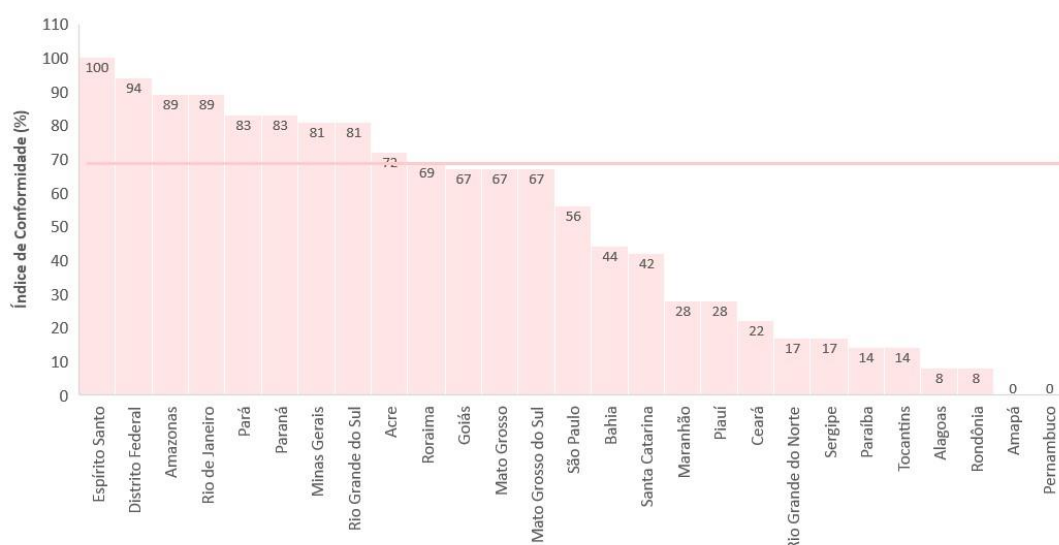


Figura 7. Índice de Conformidade das Coordenações Estaduais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, referente ao componente essencial 6:

Monitoramento, auditoria e retroalimentação de práticas de prevenção e controle de infecção, ano 2024.

4.2.Avaliação de progressos entre 2018, 2022 e 2024

Os dados de progressos devem ser avaliados com cautela, uma vez que o método de coleta foi diferente em 2018 e 2022 quando comparado com 2024. Contudo, é pertinente observar a perspectiva na série histórica, visto que isso pode apoiar as coordenações estaduais e distrital para aprimorar tanto o seu processo de autoavaliação, como de implementação de melhorias. As possíveis razões para variações extremas nos índices de conformidade nos componentes essenciais ao longo dos anos podem ser atribuídas a inconsistência na aplicação da autoavaliação, mudanças de equipes ao longo dos anos ou ainda mudanças nos processos de trabalho ao longo dos anos.

É desejável que as coordenações estaduais se dediquem a analisar os seus dados e traçar planos de ação a partir dos mesmos.

4.2.1. Região Norte

Destaque-se que os gráficos de progresso são limitados para os Estados do Amapá e de Roraima, uma vez que não há dados coletados para os três anos de modo a permitir comparações.

Observou-se que o Acre apresentou maior consistência entre a avaliação de 2022 e 2024 (Figura 8).

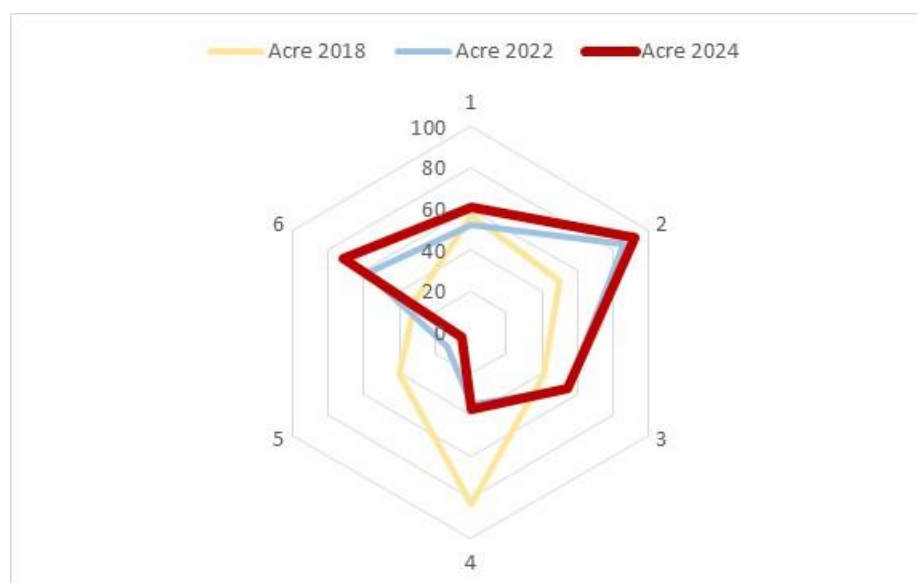


Figura 8. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Acre, 2018, 2022, 2024.

A avaliação do Amapá referiu-se apenas aos anos de 2018 e 2024, entre os quais há discrepância notável (**Figura 9**).

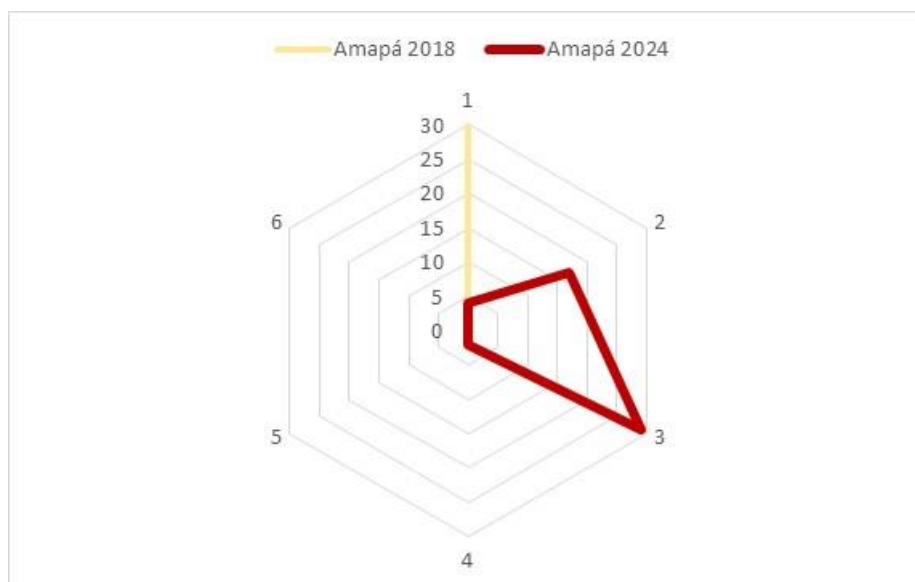


Figura 9. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Amapá, 2018, 2024.

O Amazonas manteve um patamar de conformidade elevado, com avaliação consistente ao longo dos três anos (**Figura 10**).

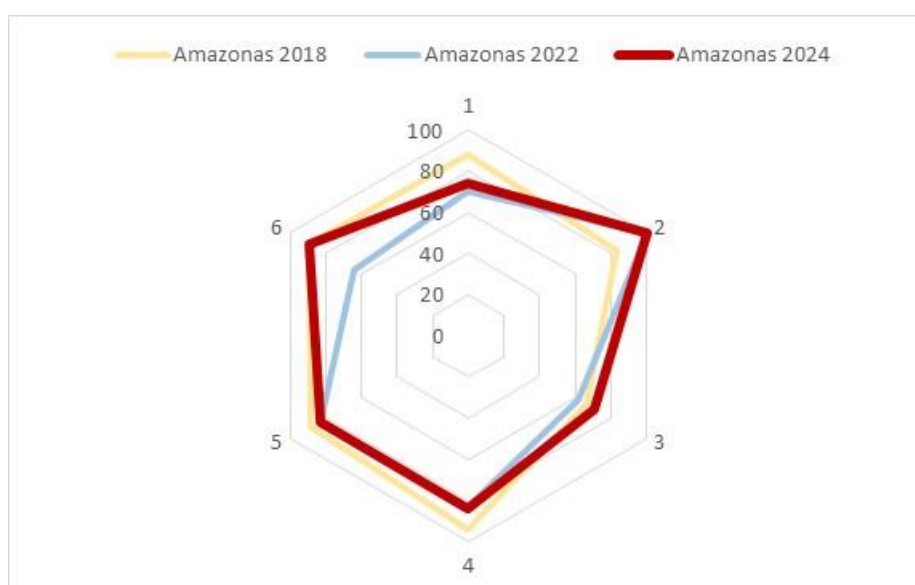


Figura 10. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Amazonas, 2018, 2022, 2024.

O Pará apresentou grande discrepância entre os resultados de autoavaliação dos anos 2018 e 2022 quando comparado ao ano de 2024, exceto com relação ao componente essencial três (Figura 11).

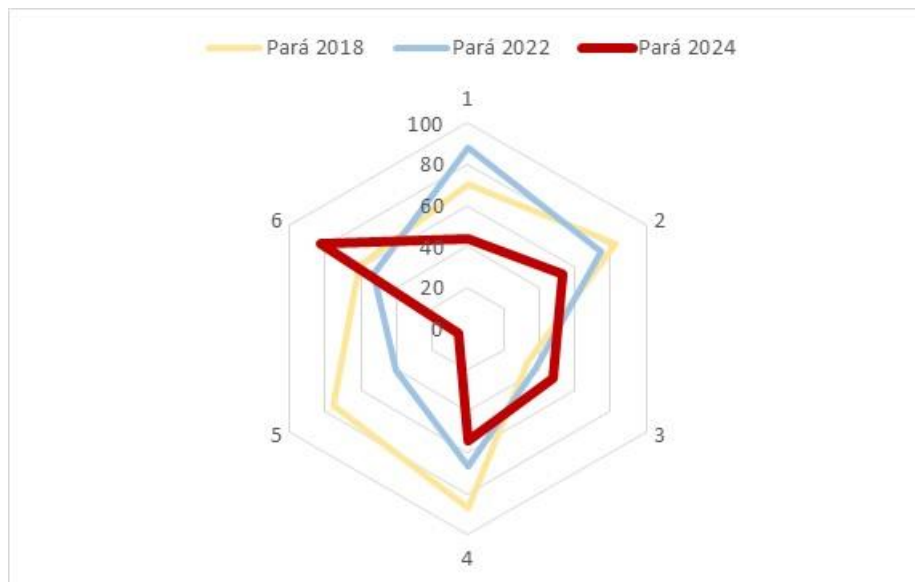


Figura 11. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Pará, 2018, 2022, 2024

Rondônia apresentou melhor consistência das informações entre os anos de 2022 e 2024 (Figura 12).

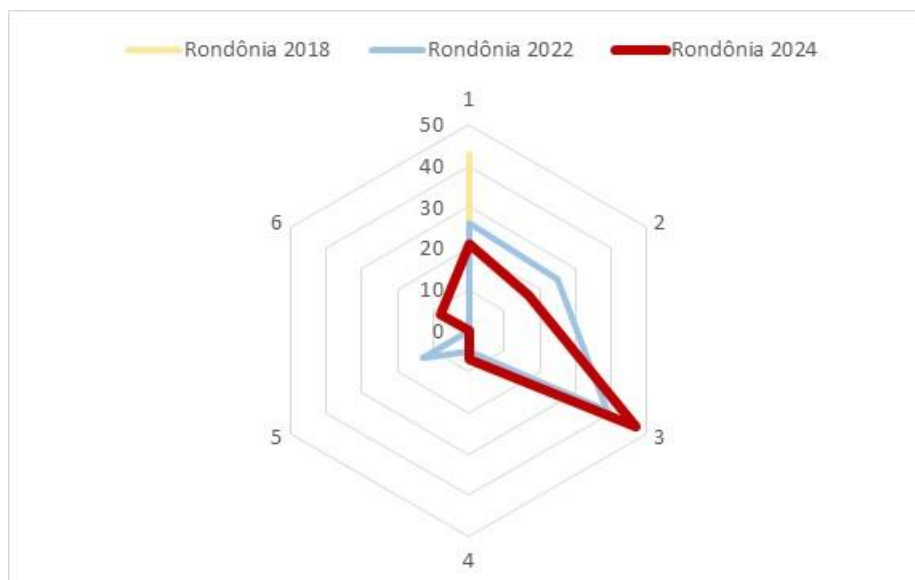


Figura 12. Conformidade dos componentes essenciais (1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Rondônia, 2018, 2022, 2024.

Roraima apresentou consistência entre a avaliação de 2022 e 2024, registrando progresso nos componentes 3 e 6, porém com redução da conformidade no componente 1 (**Figura 13**).

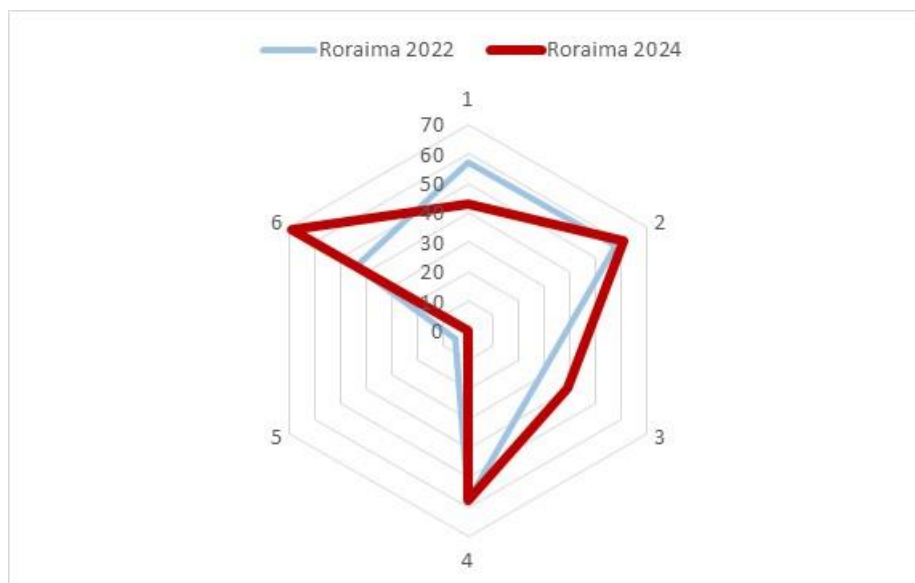


Figura 13. Conformidade dos componentes essenciais (1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Rondônia, 2022, 2024.

Tocantins apresentou discrepância importante entre todas as avaliações realizadas. Os resultados podem sugerir tanto a falta de consistência como a falta de progressos efetivos em relação aos componentes essenciais (**Figura 14**).

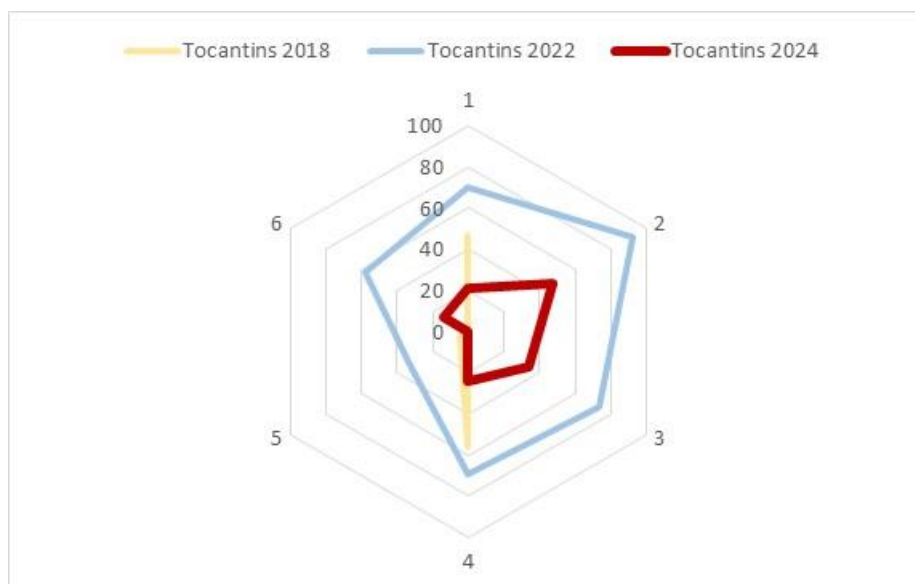


Figura 14. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Tocantins, 2018, 2022, 2024.

4.2.2. Região Nordeste

O Estado de Alagoas apresentou discrepância nos dados nos três anos avaliados. Contudo, pode-se identificar que houve melhor nos componentes 1 e 3 (**Figura 15**).

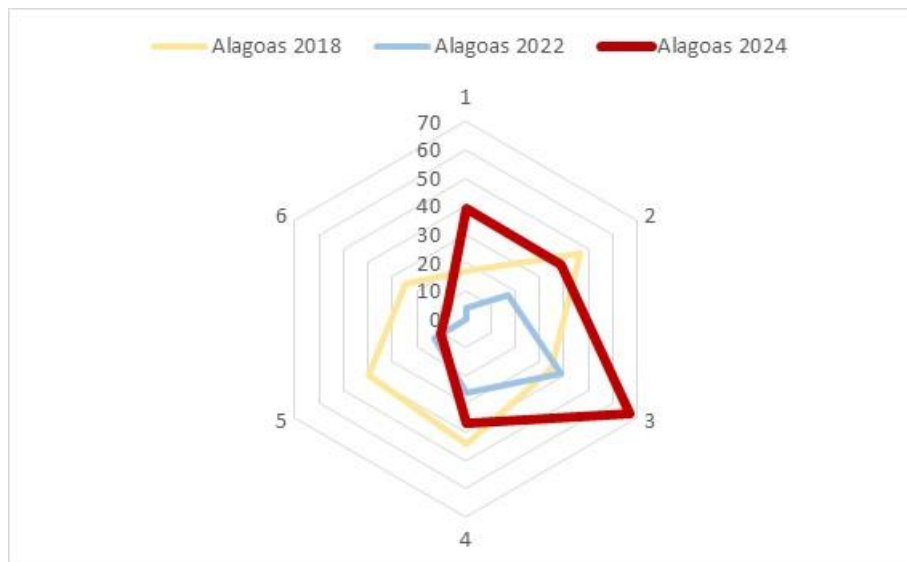


Figura 15. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Alagoas, 2018, 2022, 2024.

O Estado da Bahia teve uma melhora no componente 2 e 3, porém pouco expressiva em relação ao ano de 2022 (**Figura 16**).

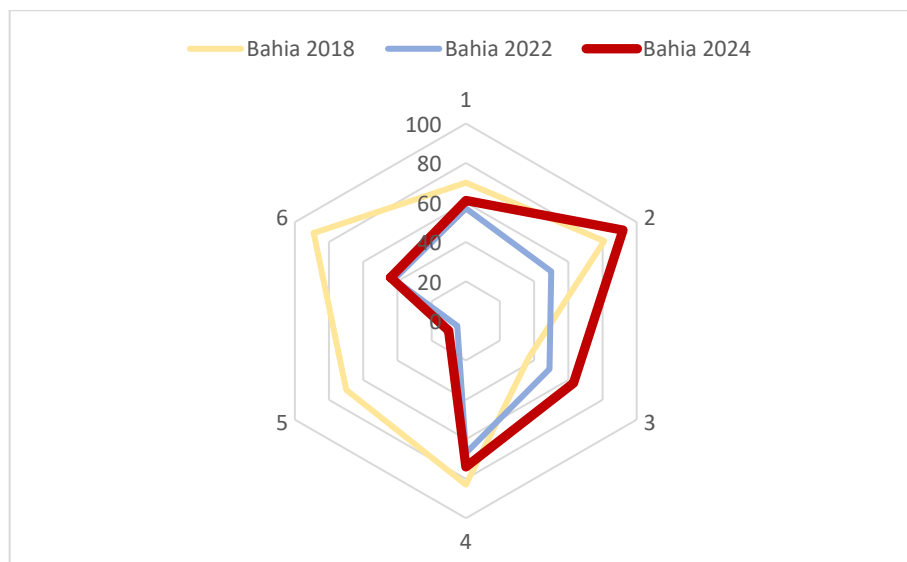


Figura 16. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Bahia, 2018, 2022, 2024.

O Estado do Ceará apresentou melhor consistência de dados entre 2022 e 2024, quando comparado com 2018. Nota-se uma melhora no índice de conformidade dos componentes 1 e 4 (Figura 17).



Figura 17. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Ceará, 2018, 2022, 2024.

O Estado do Maranhão apresentou um padrão inconsistente de evolução entre 2022 e 2024 (Figura 18).

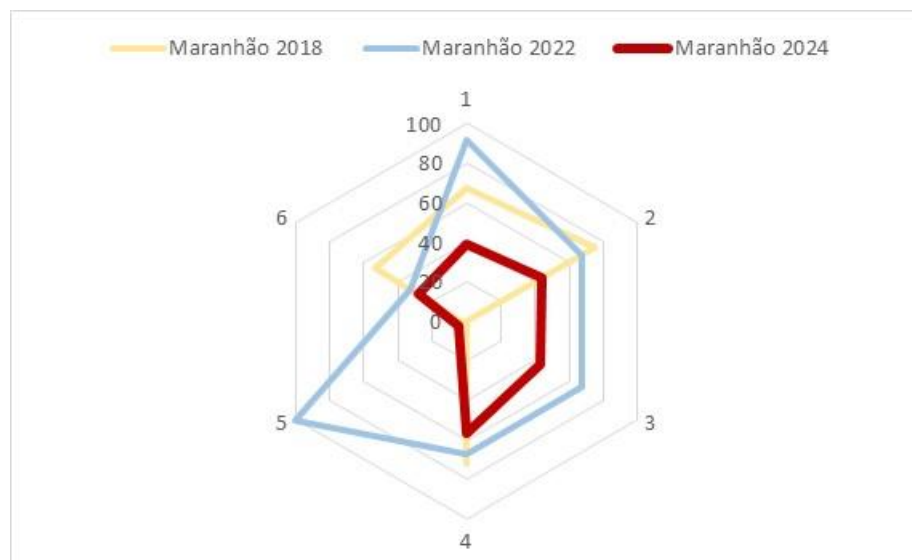


Figura 18. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Maranhão, 2018, 2022, 2024.

A Paraíba manteve a consistência de dados entre 2022 e 2024, porém sem nenhuma melhoria aparente nos últimos dois anos (**Figura 19**).

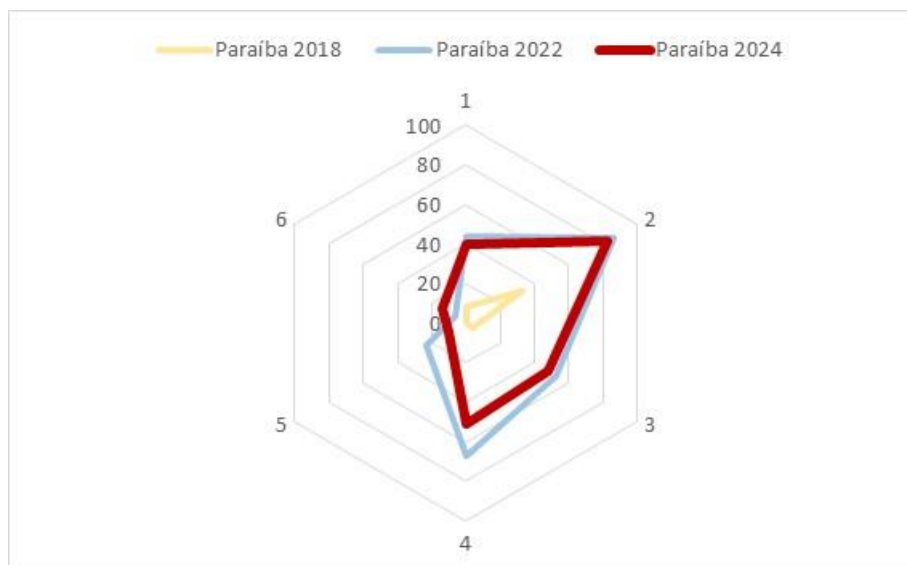


Figura 19. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Paraíba, 2018, 2022, 2024.

A avaliação de progresso do Estado de Pernambuco fica prejudicada pela inconsistência de informações entre as sucessivas avaliações. De acordo com a avaliação de 2024, não houve nenhum progresso no período (**Figura 20**).

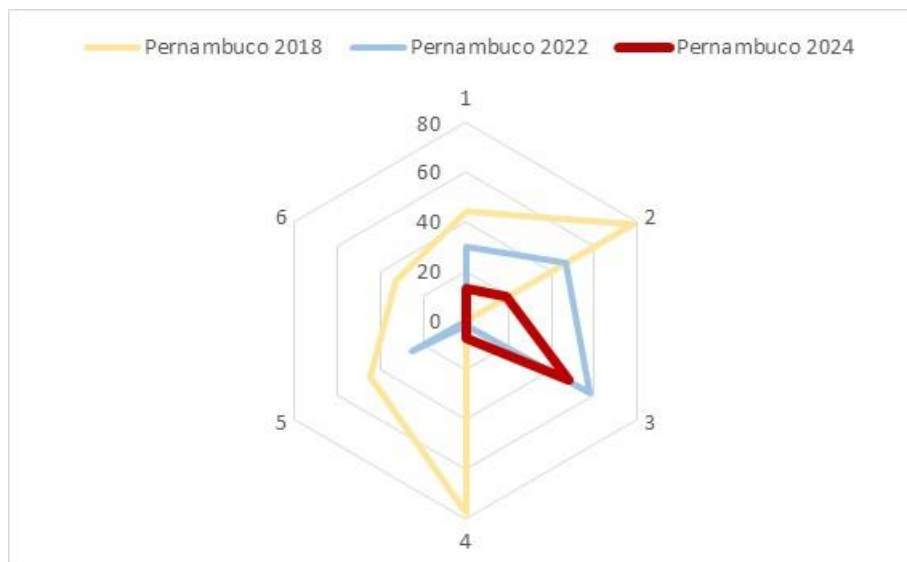


Figura 20. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Pernambuco, 2018, 2022, 2024.

O Estado do Piauí apresentou padrão de melhora nos componentes 1, 2 e 3, porém sem progressos nos demais (**Figura 21**).

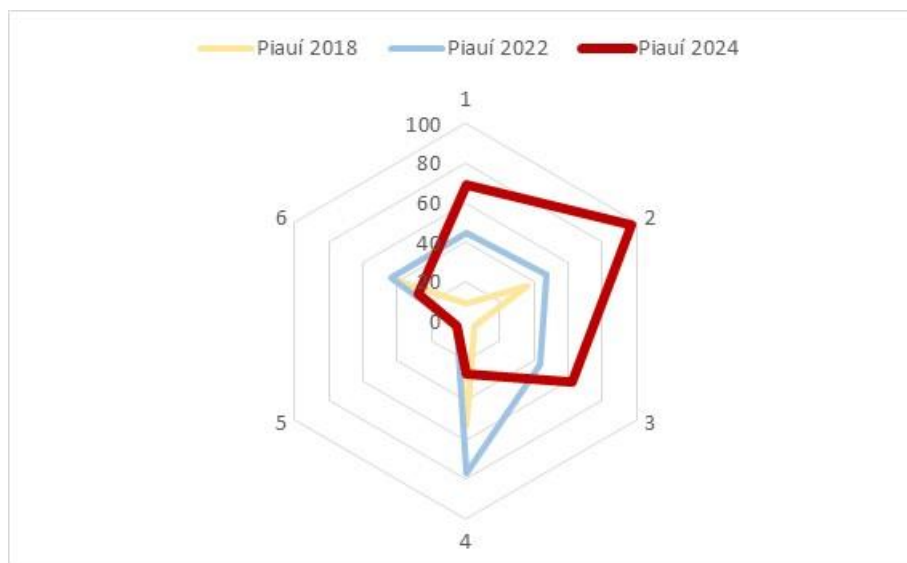


Figura 21. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Piauí, 2018, 2022, 2024.

O Estado do Rio Grande do Norte apresentou uma redução nos índices de conformidade dos componentes 3, 4 e 5, apontando para inconsistência nas avaliações anteriores ou modificações no processo de trabalho que afetaram o progresso do Estado (**Figura 22**).

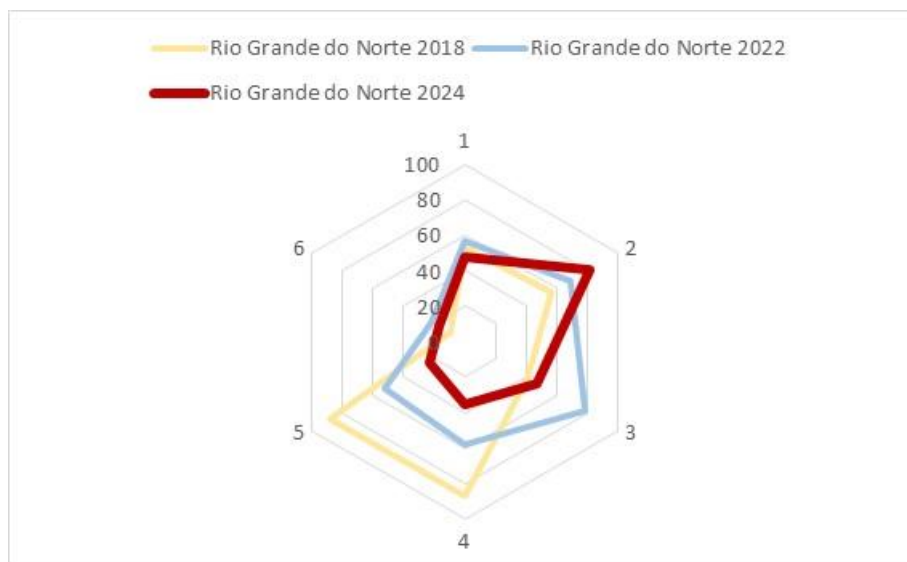


Figura 22. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Rio Grande do Norte, 2018, 2022, 2024.

O Estado de Sergipe apresentou piora nos seus índices de conformidade em quase todos os componentes, exceto pelo componente 3, no qual a redução do índice de conformidade foi menor. Contudo a interpretação de piora pode ser apenas um artefato relacionado a inconsistência nas avaliações anteriores (**Figura 23**).

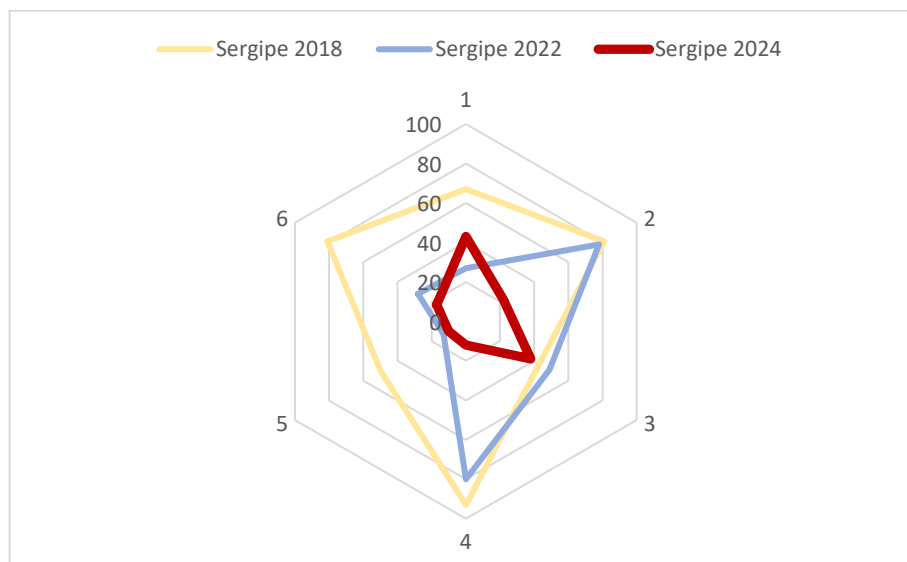


Figura 23. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Sergipe, 2018, 2022, 2024.

4.2.3. Região Centro-Oeste

O Distrito Federal apresentou melhora em quase todos os índices de conformidade (Figura 24).

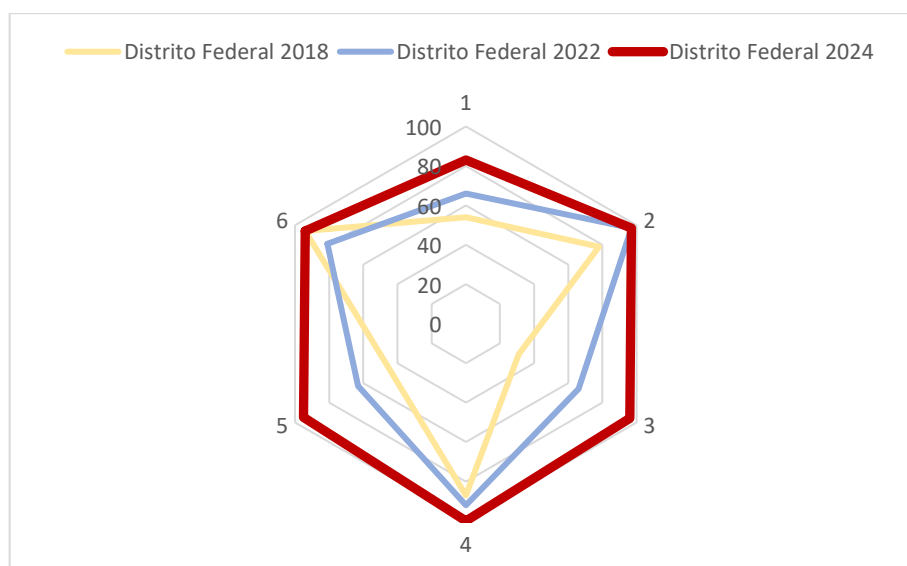


Figura 23. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Distrito Federal, 2018, 2022, 2024.

O Estado de Goiás apresentou redução dos índices de conformidade em quase todos os componentes, sugerindo uma possível inconsistência nas avaliações anteriores.

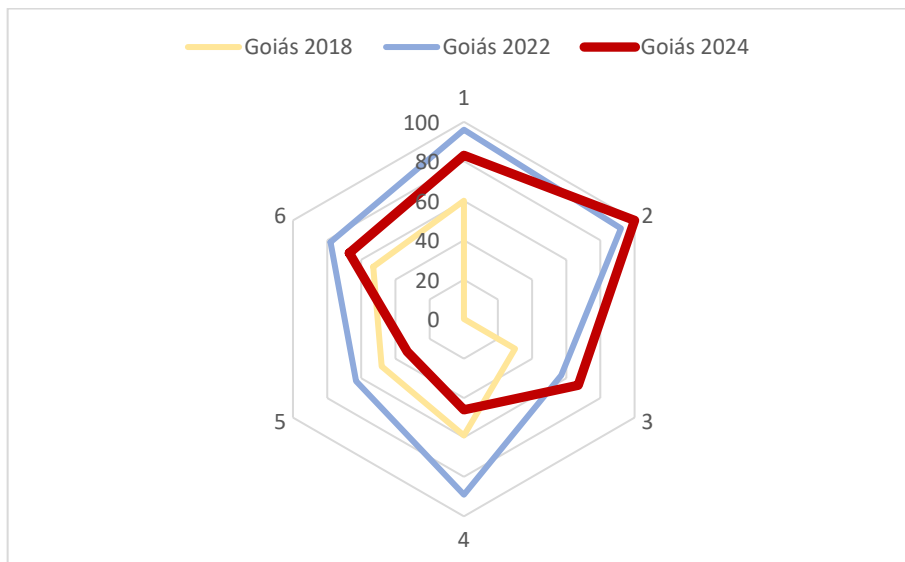


Figura 25. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Goiás, 2018, 2022, 2024.

O Estado de Mato Grosso manteve os índices de conformidade relativamente estáveis, exceto pelo componente 5, que apresenta uma queda (**Figura 26**).

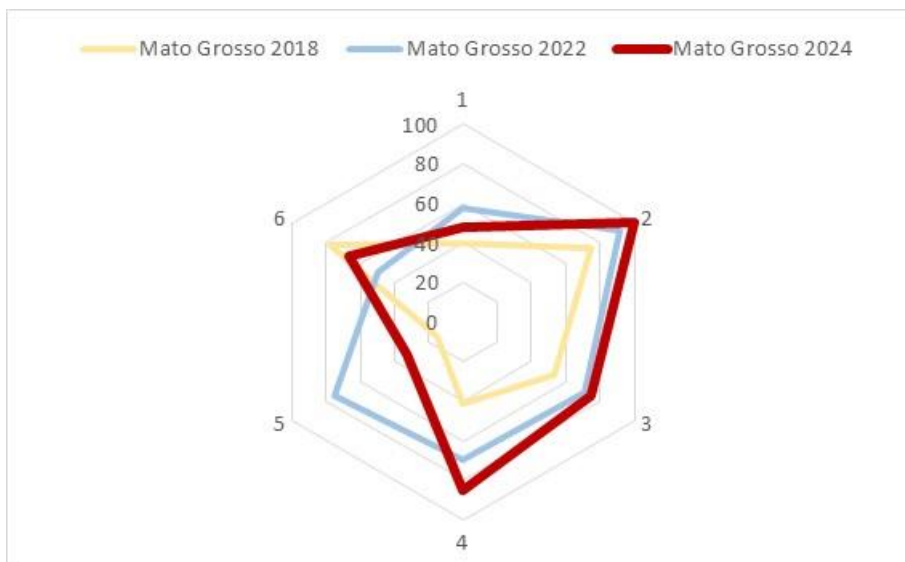


Figura 26. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Mato Grosso, 2018, 2022, 2024.

O Estado de Mato Grosso do Sul apresentou redução em quase todos os índices de conformidade (**Figura 27**), sugerindo uma possível falha na avaliação inicial ou modificação de processos de trabalho.

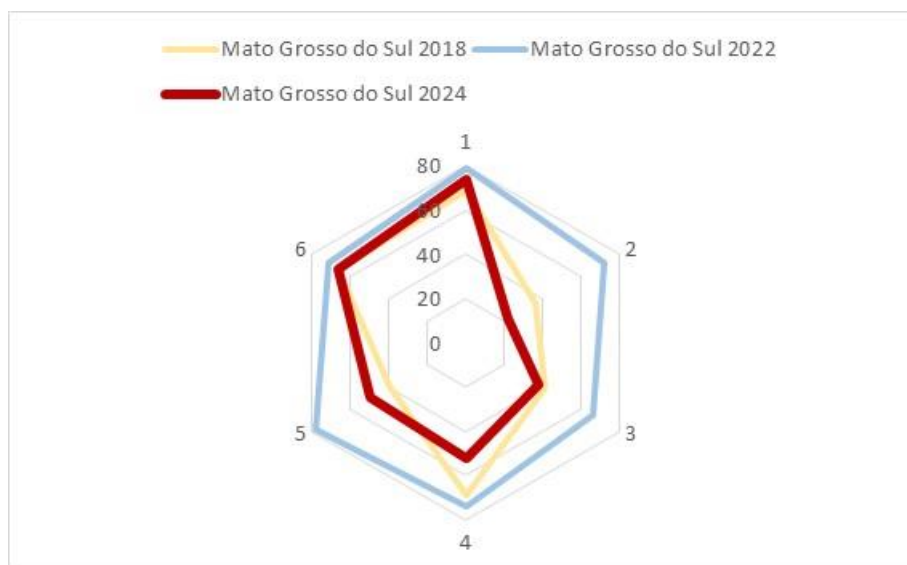


Figura 27. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Mato Grosso do Sul, 2018, 2022, 2024.

4.2.4. Região Sudeste

O Estado de Espírito Santo apresentou um padrão de evolução positiva, com melhora em alguns dos componentes entre os anos de 2022 e 2024 (**Figura 28**).

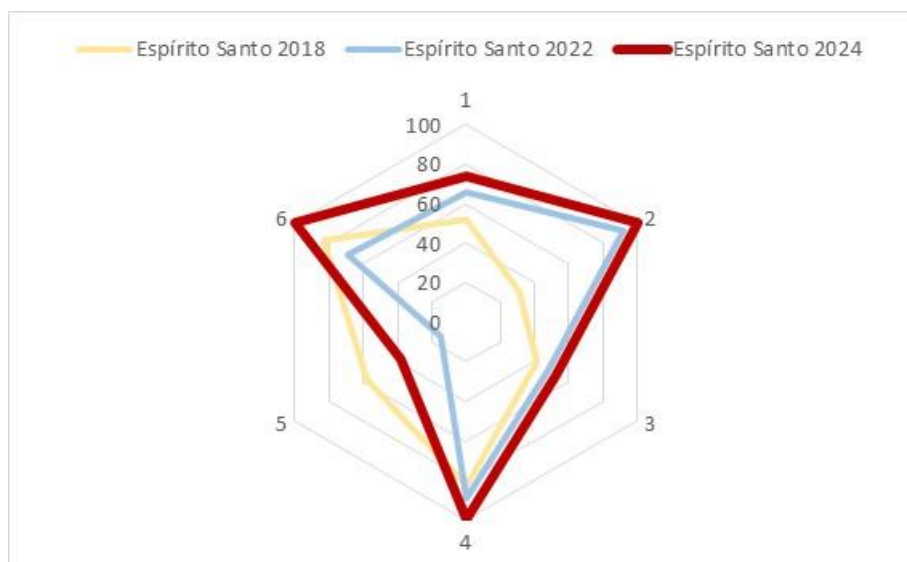


Figura 28. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Espírito Santo, 2018, 2022, 2024.

O Estado de Minas Gerais apresentou melhora em quase todos os seus índices de conformidade, exceto pelo componente 4, que se manteve quase inalterado (**Figura 29**).

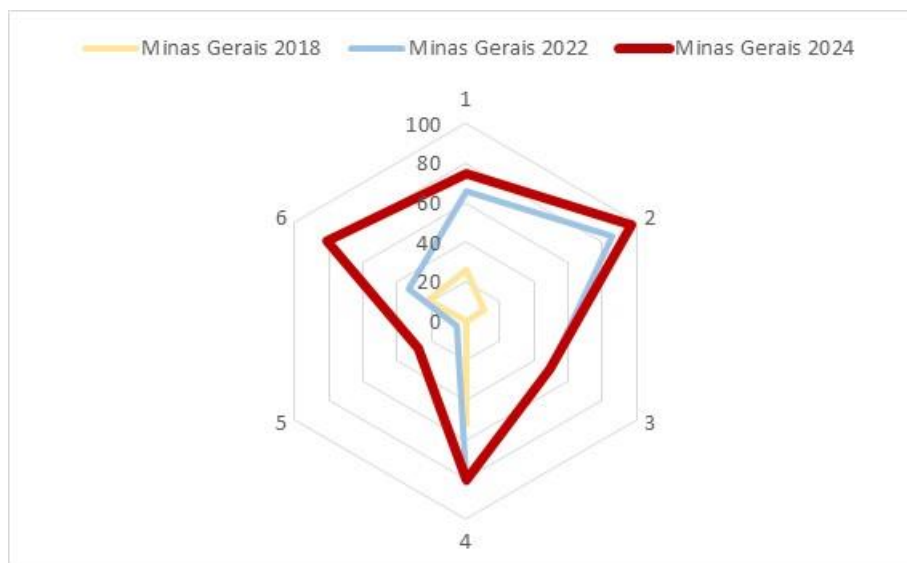


Figura 29. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Minas Gerais, 2018, 2022, 2024.

O Estado do Rio de Janeiro apresentou alguns pontos discrepantes entre as avaliações ao longo dos anos, o que precisa ser avaliado com detalhe pela equipe local para compreender o fenômeno. As divergências maiores são nos componentes 3 e 5 (**Figura 30**).

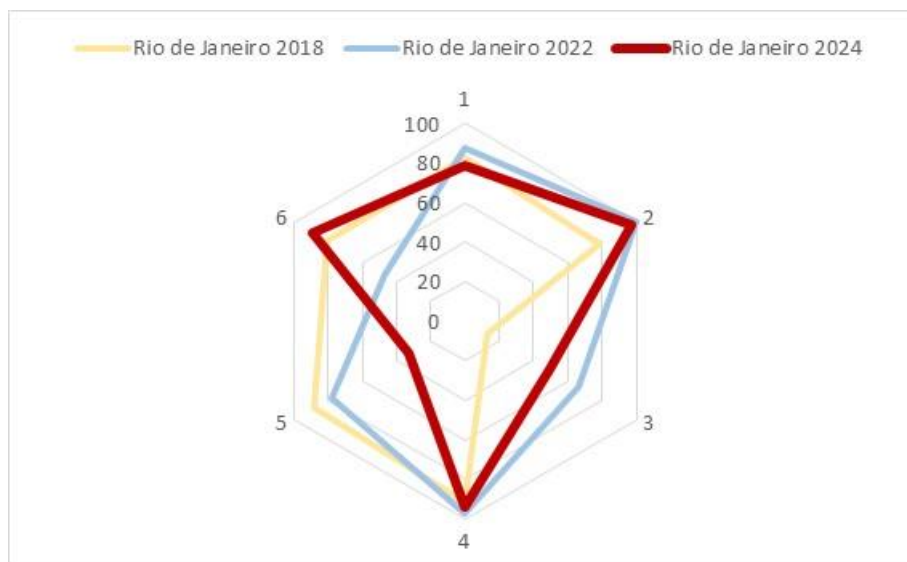


Figura 30. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Rio de Janeiro, 2018, 2022, 2024.

O Estado de São Paulo apresentou redução de índices de conformidade nos componentes 3 e 5 quando comparados com os anos anteriores a 2024 (**Figura 31**).

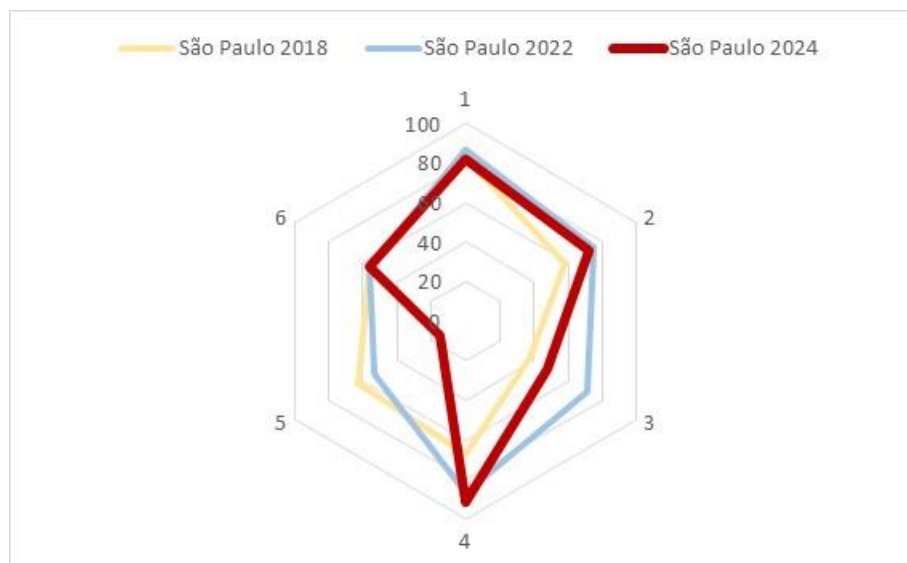


Figura 31. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. São Paulo, 2018, 2022, 2024.

4.2.5. Região Sul

Verificou-se que Paraná apresentou discrepâncias entre o ano de 2024 e os anteriores, em especial com relação aos componentes 3 e 5 (**Figura 32**)

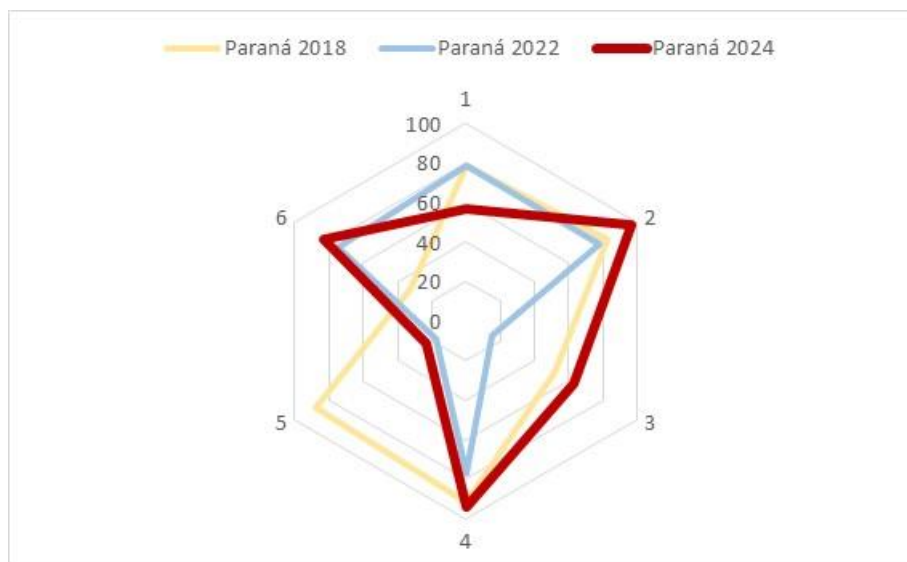


Figura 32. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Paraná, 2018, 2022, 2024.

Com relação a Santa Catarina houve redução de todos os índices de conformidade ao longo dos anos (**Figura 33**).

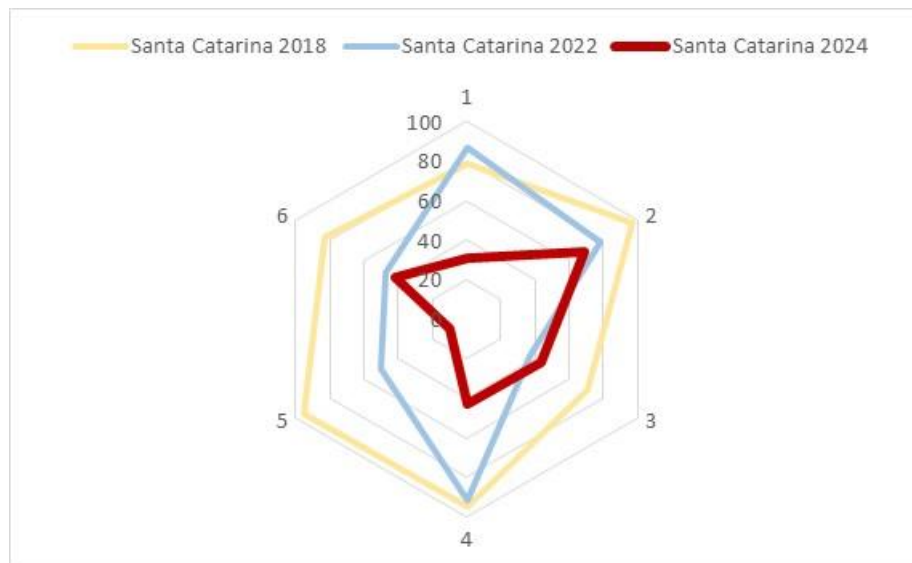


Figura 33. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Santa Catarina, 2018, 2022, 2024.

O Rio Grande do Sul apresentou um padrão irregular na evolução dos índices de conformidade ao longo dos anos.

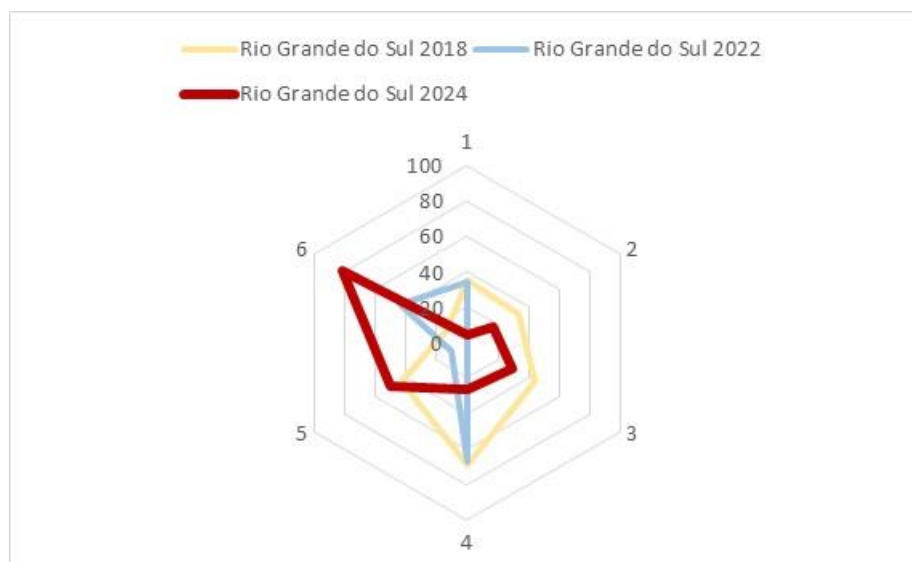


Figura 34. Conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para programas de prevenção e controle de infecção. Rio Grande do Sul, 2018, 2022, 2024.

4.3. Resultados das avaliações dos programas municipais (capitais)

4.3.1. Participação no processo de avaliação

Os municípios de Rio Branco, Macapá, Boa Vista, Porto Velho, Palmas e João Pessoa não puderam ser avaliados no ano de 2024. Nestes municípios não havia nenhuma equipe ou ponto focal designado para o PPCIRAS até o momento da avaliação *in loco*. Posteriormente, alguns desses municípios avançaram com a designação de um ponto focal.

4.3.2. Resultados gerais de avaliação de conformidade dos programas de PCIRAS

Os índices de conformidade nas coordenações de PCIRAS das capitais dos Estados foi de modo geral insuficiente, conforme indicado no **Quadro 2**.

A média de índice de conformidade variou entre 6,5% (componente cinco) a 39,0 (componente três). Destaque-se que capitais que pontuaram com 29% apenas refletem o resultado do critério que é atendido por se tratar de um elemento a nível nacional (currículo). As capitais que apresentaram os melhores resultados de índices de conformidade em todos os indicadores foram Curitiba, Goiânia, Rio de Janeiro e São Paulo. Capitais que apresentaram alguns índices de conformidade acima de 50% foram Belém e Belo Horizonte.

O resultado aqui apresentado demonstra a necessidade de envidar esforços para a qualificação das coordenações municipais, o que inclui a sensibilização dos gestores para que sejam designados membros para as atribuições do PMPCIRAS conforme estabelecido pela Portaria 2.616 (Brasil, 1998).

Quadro 2. Percentual de conformidade dos componentes essenciais para os programas de prevenção e controle de infecção nas capitais dos Estados brasileiros no ano 2024

Município	Índice de Conformidade dos Componentes Essenciais (%)					
	1*	2*	3*	4*	5*	6*
Aracaju	0	17	29	2	0	0
Belém	38	61	44	38	5	47
Belo Horizonte	38	58	33	63	5	19
Campo Grande	10	22	29	34	13	6
Cuiabá	25	19	34	16	0	0
Curitiba	9	78	53	97	28	58
Florianópolis	0	17	29	2	0	0
Fortaleza	0	19	29	2	0	0
Goiânia	87	100	92	95	10	78

Maceió	0	17	29	5	0	6
Manaus	0	17	29	2	0	0
Natal	0	17	29	2	0	0
Porto Alegre	17	42	29	35	5	19
Recife	0	19	39	5	0	0
Rio de Janeiro	83	97	92	89	28	94
Salvador	0	17	29	2	0	0
São Luís	34	42	38	8	5	0
São Paulo	92	100	71	100	38	100
Teresina	14	17	34	22	15	28
Vitória	0	17	29	2	0	0

1*:Programas de prevenção e controle de infecção; 2*: Diretrizes do Programa de Prevenção e Controle de Infecção; 3* Educação e treinamento sobre prevenção e controle de infecção; 4*: Vigilância de infecções relacionadas a assistência a saúde; 5*Estratégias multimodais; 6*: Monitoramento e auditoria de práticas de PCI, feedback e controle de atividades. Legenda de cores: acima ou igual a 70%: verde; entre 50 e 69%: azul; entre 25 e 49%: amarelo; abaixo de 25: vermelho

Dentre as capitais que puderam ser avaliadas, os índices de conformidades nos componentes essenciais foram em média entre 7,6% a 41,0%. Contudo, a média pode não refletir a realidade em todos os municípios, considerando que os índices de conformidade variaram de 0 a 100% em alguns dos componentes. A mediana dos índices de conformidade variou entre 2,5% a 31,0%, com desvio padrão entre 11,1% e 35,9% (**Figura 35**).



Figura 35. Média, mediana, mínimo e máximo índice de conformidade dos componentes essenciais (de 1 a 6) para os Programas Municipais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde,

O componente 1 (Programas) apresentou apenas 3 municípios com índices de conformidade acima de 70%. Todas as demais capitais avaliadas apresentaram índice menor do que 50%, sendo que nove capitais apresentaram 0% nesse índice (**Figura 36**).

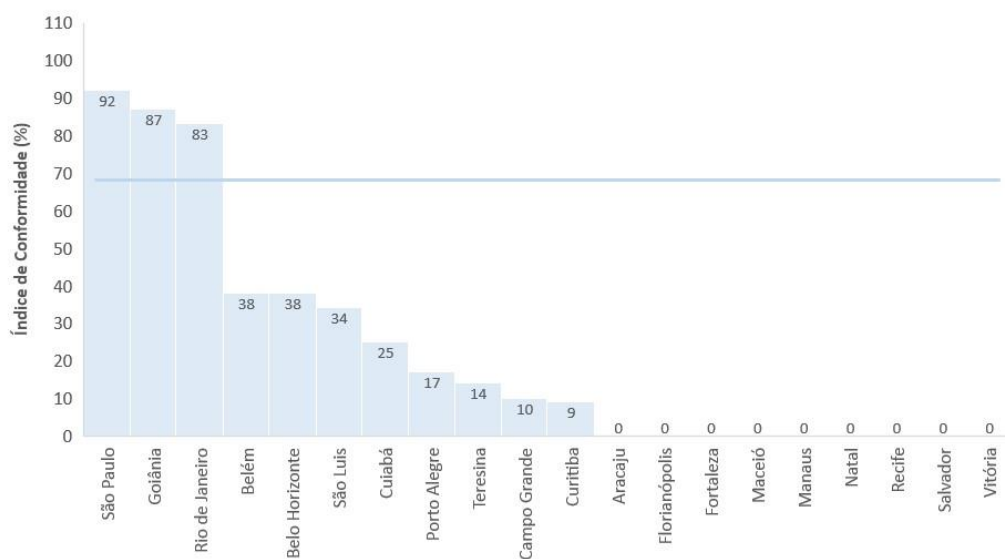


Figura 36. Índice de Conformidade das Coordenações Municipais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, referente ao componente essencial 1: Programas de Prevenção e Controle de Infecção, ano 2024.

Para o componente 2 (Diretrizes) verificou-se que quatro capitais apresentaram índice de conformidade acima de 70% e duas apresentaram acima de 50%, sendo todas as demais abaixo de 50% (**Figura 37**).

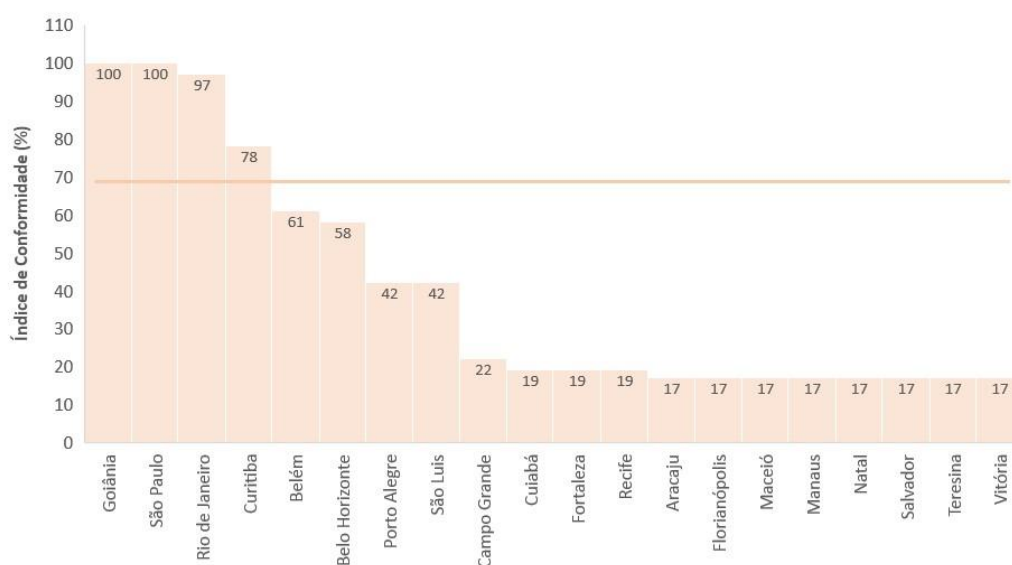


Figura 37. Índice de Conformidade das Coordenações Municipais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, referente ao componente essencial 2: Diretrizes do Programa Prevenção e Controle de Infecção, ano 2024.

Com relação ao componente 3 (Educação e treinamento) três capitais apresentaram índice de conformidade acima de 70%, uma acima de 50% porém menor do que 70% e as demais abaixo de 50% (**Figura 38**).

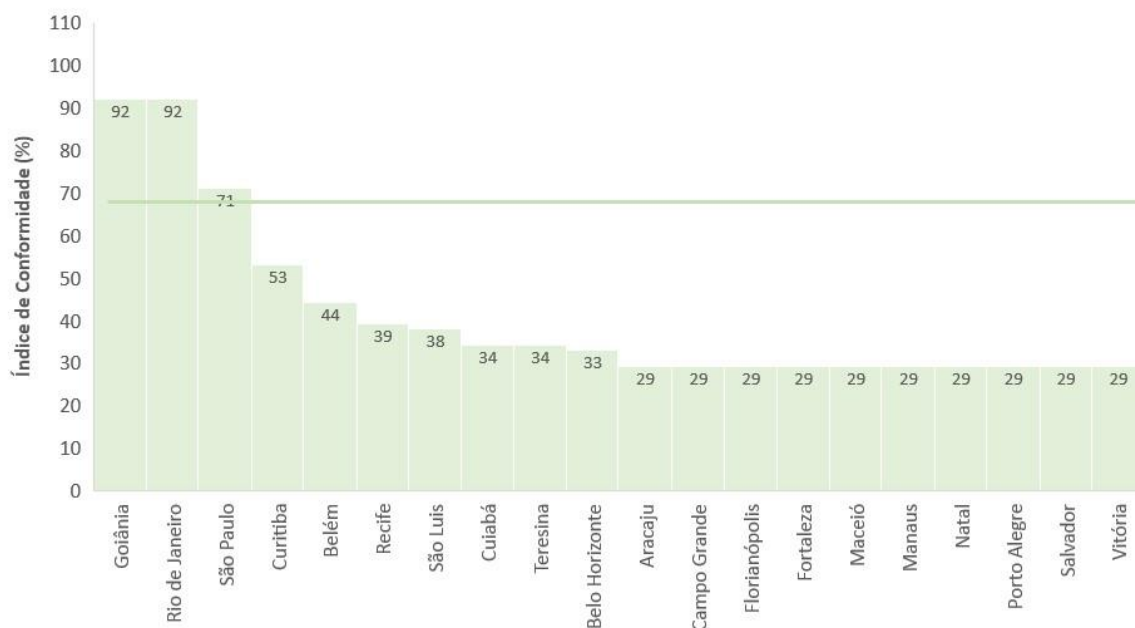


Figura 38. Índice de Conformidade das Coordenações Municipais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, referente ao componente essencial 3: Educação e treinamento sobre Prevenção e Controle de Infecção, ano 2024.

O componente 4 (Vigilância de IRAS) teve uma avaliação acima de 70% em quatro capitais, acima de 50% porém menor que 70% em uma capital; as demais abaixo de 40% (Figura 39).

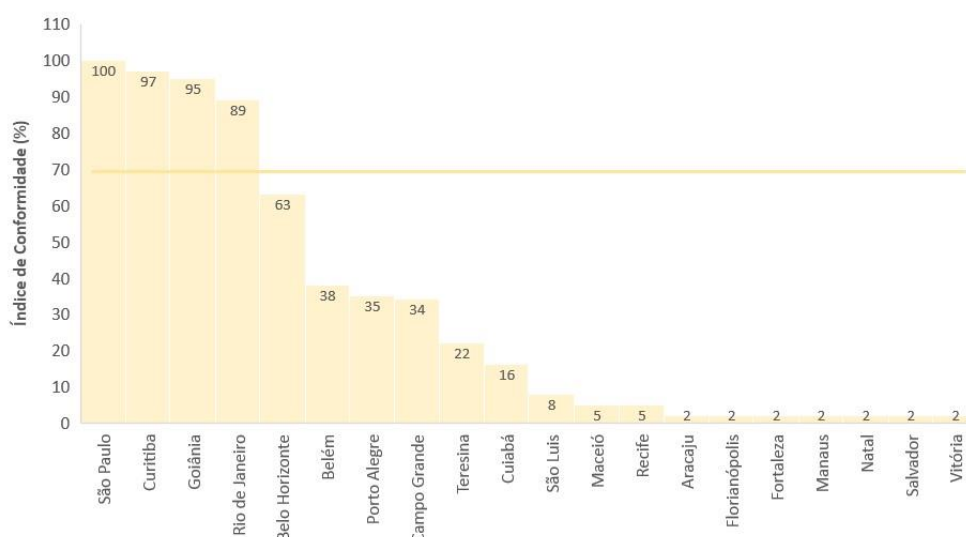


Figura 39. Índice de Conformidade das Coordenações Municipais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, referente ao componente essencial 4: Vigilância de Infecções relacionadas a assistência a saúde, ano 2024.

O componente 5 (Estratégias multimodais) apresentou o pior desempenho, sendo que nenhuma das capitais alcançou índice de conformidade acima de 50%. A maioria das capitais (n=10) apresentou 0% de conformidade nesse componente (**Figura 40**).

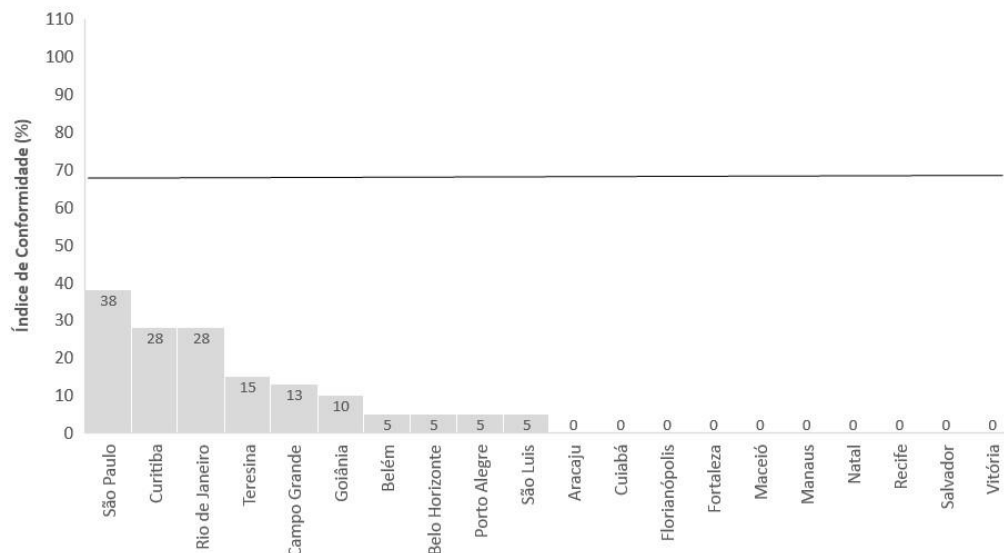


Figura 40. Índice de Conformidade das Coordenações Municipais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, referente ao componente essencial 5: Estratégias multimodais, ano 2024.

O componente 6 (monitoramento, auditoria e retroalimentação) também apresentou apenas quatro capitais com índices de conformidade acima de 70% e apenas uma capital acima de 50% mas abaixo de 70%. Todas as demais capitais apresentaram índices abaixo de 50%. A maioria das capitais (n=10) apresentou 0% de conformidade nesse componente (**Figura 41**).

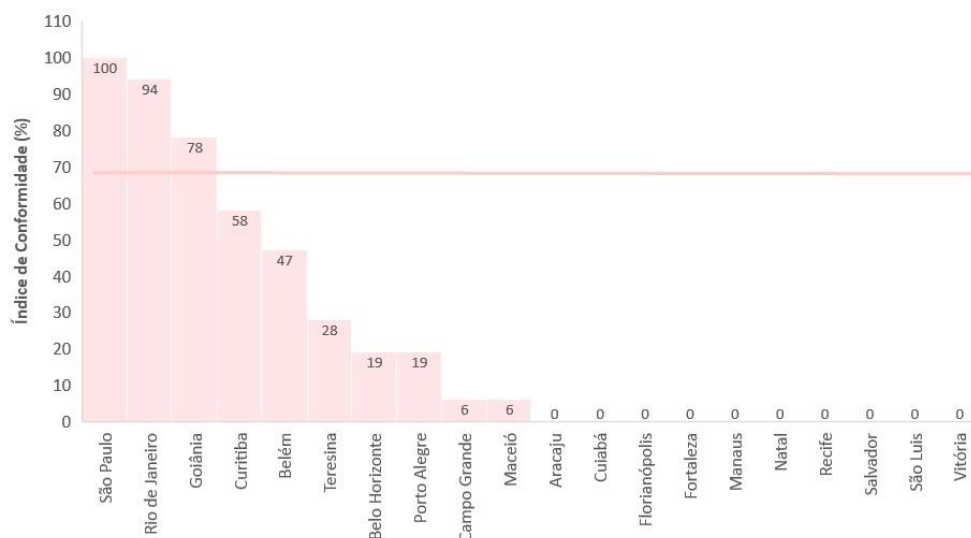


Figura 41. Índice de Conformidade das Coordenações Municipais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, referente ao componente essencial 6: Monitoramento, auditoria e retroalimentação de práticas de prevenção e controle de infecção, ano 2024.

Poucos são os estudos que apresentam resultados referentes a avaliações dos Programas de Prevenção e Controle de IRAS em âmbito nacional (Price et al, 2018). Isto dificulta produzir evidências científicas que possam embasar as condutas nesse nível de atuação. Uma revisão de literatura identificou que a melhor qualidade de evidência foi identificada com relação as estratégias multimodais, vigilância de IRAS, monitoramento e retroalimentação (Price et al, 2018).

Para fins desse relatório foi desenvolvida uma revisão rápida de literatura utilizando os descritores “infection control” e “health services research”, na base de dados do Pubmed/medline, com filtro para o período de 2016 (publicação dos componentes essenciais de programas de IRAS pela OMS) a 2024. Esta revisão resultou em 297 artigos, os quais foram selecionados 55 pelo título e resumo, sendo 23 artigos selecionados para leitura na íntegra. Contudo, verificamos que a maior parte dos estudos se relaciona a avaliação, em âmbito nacional, porém apenas focadas nos serviços de saúde. Alguns artigos avaliaram os serviços de saúde de regiões ou países em especial no contexto de surtos (Biedron et al, 2019; Gökmen et al, 2020; Thaprawat et al, 2022; Bressan et al, 2020) ou contextos específicos tais como “nursing homes”, unidades de terapia intensiva, adesão a higiene de mãos, serviços de transplante (Agarwal et al, 2020; Alp et al, 2019; Grayson et al, 2018; Beam et al, 2019) ou para foco de prevenção em doenças específicas tais como tuberculose, fibrose cística (Jayaraj et al, 2019; Saiman et al, 2018). Estudos avaliaram os programas dos hospitais usando a ferramenta de avaliação de componentes essenciais da OMS ou outros mecanismos de avaliação (Aghdassi et al, 2020; Sax et al, 2020; Gupta et al, 2018). Em conclusão, nesta revisão rápida de literatura não foi possível encontrar artigos que pudessem ser utilizados para a discussão dos presentes resultados.

Este fato corrobora com a inovação do Projeto Estados e Municípios em Foco, no qual resultados de coordenações estaduais dos PPCIRAS são uma iniciativa singular e de extrema importância para o avanço do programa nacional.

5. CONCLUSÃO E SUGESTÕES DE ENCAMINHAMENTO

A observação de possíveis inconsistências nos dados ao longo dos anos aponta para a necessidade de aumentar a capacitação das coordenações estaduais e municipais para o entendimento do processo avaliativo relativo aos componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de IRAS. O processo de autoavaliação pode produzir resultados pouco confiáveis para permitir comparação entre Estados. Sugere-se os seguintes encaminhamentos para o nível dos Estados:

- Manter processo de autoavaliação bi-anual dos programas estaduais, distrital e municipais.
- Produzir materiais de apoio a implementação dos programas, em especiais orientações sobre o uso da estratégia multimodal.
- Estabelecer avaliações periódicas *in loco*, que irão apoiar a qualificação do processo de avaliação e melhoria contínua.

A análise dos dados apresentados apontou que ainda é pouco reconhecido e acatado o papel dos municípios conforme determinado pela Portaria 2.616 (Brasil, 1998). Segundo essa Portaria, compete às Coordenações Municipais de Prevenção e Controle de IRAS, o seguinte:

- coordenar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar na rede hospitalar do Município;
- participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar;
- colaborar e acompanhar os hospitais na execução das ações de controle de infecção hospitalar;
- prestar apoio técnico às CCIH dos hospitais;
- informar, sistematicamente, à Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar do seu Estado, a partir da rede hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

Algumas sugestões de potenciais estratégias visando esse nível hierárquico do SUS são apresentadas a seguir:

- Apresentar os resultados dessa avaliação em reuniões tri-partite, destacando o papel das capitais na qualificação dos programas de PCIRAS.
- Encaminhar relatório para o gestor municipal, contendo os resultados da avaliação

- Estimular a participação das coordenações estaduais como agentes propulsores dos municípios
- Instituir mecanismo regular de troca de experiências entre os municípios, tais como comunidades de práticas virtuais, em que municípios mais adiantados possam compartilhar experiências com os que estão iniciando na organização dos programas de prevenção e controle de IRAS.
- Desenvolver evento nacional anual para apresentação de histórias de sucesso das coordenações municipais.
- Identificar possíveis parcerias com órgãos nacionais e internacionais (universidades, Organização Pan Americana de Saúde) para desenvolvimento de projetos de melhorias específicos para as coordenações municipais, integrado com as coordenações estaduais.
- Estimular o desenvolvimento de pesquisas que explorem as barreiras e facilitadores para a plena implementação das coordenações municipais.

6. REFERÊNCIAS

- Agarwal M, Dick AW, Sorbero M, Mody L, Stone PW. Changes in US Nursing Home Infection Prevention and Control Programs From 2014 to 2018. *J Am Med Dir Assoc*. 2020 Jan;21(1):97-103. doi: 10.1016/j.jamda.2019.10.020. PMID: 31888867; PMCID: PMC6948108.
- Aghdassi SJS, Grisold A, Wechsler-Fördös A, Hansen S, Bischoff P, Behnke M, Gastmeier P. Evaluating infection prevention and control programs in Austrian acute care hospitals using the WHO Infection Prevention and Control Assessment Framework. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2020 Jun 22;9(1):92. doi: 10.1186/s13756-020-00761-2. PMID: 32571434; PMCID: PMC7309981.
- Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2011;377(9761):228-41.
- Alp E, Cookson B, Erdem H, Rello J; Survey Group. Infection control bundles in intensive care: an international cross-sectional survey in low- and middle-income countries. *J Hosp Infect*. 2019 Mar;101(3):248-256. doi: 10.1016/j.jhin.2018.07.022. Epub 2018 Jul 21. PMID: 30036635.

- Anvisa. Aprimorar a prevenção e o controle de infecção nos serviços de saúde: manual prático de apoio à implementação nacional das orientações da OMS sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção. Traduzido de: WHO. Improving infection prevention and control at the health facility. Geneva: WHO, 2018. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/WHOHISSDS2018traducaoparaportuguesFINAL.pdf> [acesso 04/12/2023]
- Anvisa. Orientações sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2022. Traduzido de: WHO. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/copy3_of_CorecomponentsOMStraduoparaportugusFINAL.pdf [acesso em 04/12/2023]
- Beam E, Razonable RR. A survey of infection prevention and control practices among solid organ transplantation centers. *Am J Infect Control*. 2019 Jan;47(1):101-104. doi: 10.1016/j.ajic.2018.06.020. Epub 2018 Oct 5. PMID: 30293740.
- Biedron C, Lyman M, Stuckey MJ, Homsy J, Lamorde M, Luvsansharav UO, Wilson K, Gomes D, Omuut W, Okware S, Semanda JN, Kiggundu R, Bulwadda D, Brown V, Nelson LJ, Driwale A, Fagan R, Park BJ, Smith RM. Evaluation of Infection Prevention and Control Readiness at Frontline Health Care Facilities in High-Risk Districts Bordering Ebola Virus Disease-Affected Areas in the Democratic Republic of the Congo - Uganda, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019 Oct 4;68(39):851-854. doi: 10.15585/mmwr.mm6839a4. PMID: 31581162; PMCID: PMC6776373.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998. Brasília: *Diário Oficial da União*; 13 de maio de 1998. Seção 1, p. 133.
- Bressan S, Buonsenso D, Farrugia R, Parri N, Oostenbrink R, Titomanlio L, Roland D, Nijman RG, Maconochie I, Da Dalt L, Mintegi S; Country Leads. Preparedness and Response to Pediatric COVID-19 in European Emergency Departments: A Survey of the REPEM and PERUKI Networks. *Ann Emerg Med*. 2020 Dec;76(6):788-800. doi: 10.1016/j.annemergmed.2020.05.018. Epub 2020 May 15. PMID: 32419713; PMCID: PMC7225691.

- Gökmen Kavak D, Öksüz AS, Cengiz C, Kayral İH, Çizmeçi Şenel F. The importance of quality and accreditation in health care services in the process of struggle against Covid-19. *Turk J Med Sci*. 2020 Dec 17;50(8):1760-1770. doi: 10.3906/sag-2007-279. PMID: 33197156.
- Grayson ML, Stewardson AJ, Russo PL, Ryan KE, Olsen KL, Havers SM, Greig S, Cruickshank M; Hand Hygiene Australia and the National Hand Hygiene Initiative. Effects of the Australian National Hand Hygiene Initiative after 8 years on infection control practices, health-care worker education, and clinical outcomes: a longitudinal study. *Lancet Infect Dis*. 2018 Nov;18(11):1269-1277. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30491-2. Epub 2018 Sep 28. PMID: 30274723.
- Gupta SK, Siddharth V, Belagere MR, Stewardson AJ, Kant S, Singh S, Singh N. National survey of infection control programmes in South Asian association for Regional Cooperation countries in the era of patient safety. *Indian J Med Microbiol*. 2018 Oct-Dec;36(4):577-581. doi: 10.4103/ijmm.IJMM_18_82. PMID: 30880710.
- Jayaraj JC, Davtyan K, Davatyan H, Khachatryan A, Hayrepetyan A, Khachatryan L, Abgaryan S, Reid A, Laxmeshwar C, Hermans V, Guardiola M, Grieve T, Zachariah R. A country-wide evaluation of infection control for tuberculosis in health-care facilities in Armenia. *J Infect Dev Ctries*. 2019 May 16;13(5.1):35S-41S. doi: 10.3855/jidc.11021. PMID: 32049664.
- Price L, MacDonald J, Melone L, Howe T, Flowers P, Currie K, Curran E, Ness V, Waddell D, Manoukian S, McFarland A, Kilpatrick C, Storr J, Twyman A, Allegranzi B, Reilly J. Effectiveness of national and subnational infection prevention and control interventions in high-income and upper-middle-income countries: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2018 May;18(5):e159-e171. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30479-6. Epub 2017 Oct 31. PMID: 29100898.
- Saiman L, Zhou JJ, Jiang X, Kosorok MR, Muhlebach MS. Surveying Cystic Fibrosis Care Centers to Assess Adoption of Infection Prevention and Control Recommendations. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2018 Jun;39(6):647-651. doi: 10.1017/ice.2018.72. Epub 2018 Apr 15. PMID: 29655374.
- Sax H, Schreiber PW, Clack L, Ratz D, Saint S, Greene MT, Kuster SP. Preventing healthcare-associated infection in Switzerland: Results of a national survey. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2020 May;41(5):597-600. doi: 10.1017/ice.2019.351. Epub 2020 Apr 13. PMID: 32279671; PMCID: PMC7199278.

Thaprawat P, Greene MT, Saint S, Kasatpibal N, Fowler KE, Apisarnthanarak A. Status of hospital infection prevention practices in Thailand in the era of COVID-19: Results from a national survey. *Am J Infect Control*. 2022 Sep;50(9):975-980. doi: 10.1016/j.ajic.2022.06.011. Epub 2022 Jun 17. PMID: 35718059; PMCID: PMC9212565.