



ANVISA
PROJETO ESTADOS EM FOCO
FASE III

RELATÓRIO:

SÍNTESE DO PROJETO ESTADOS EM FOCO FASE III



Relatório técnico de síntese do projeto estabelecendo um comparativo da fase inicial do diagnóstico situacional dos programas estaduais de controle de infecção até o momento

Referente ao Contrato de Serviços CON18-00013270, OPAS/OMS.

Responsável:

Profa. Dra. Maria Clara Padoveze

SÃO PAULO
2019



ANVISA
PROJETO ESTADOS EM FOCO
FASE III

REF: PRODUTO 5. CONTRATO DE SERVIÇOS CON18-00013270, OPAS/OMS. RELATÓRIO TÉCNICO DE SÍNTESE DO PROJETO ESTABELECENDO UM COMPARATIVO DA FASE INICIAL DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS PROGRAMAS ESTADUAIS DE CONTROLE DE INFECÇÃO (2015/2016), NA PRIMEIRA ETAPA DO PROJETO ATÉ O MOMENTO (2^a. AVALIAÇÃO - AUTOAVALIAÇÃO PREENCHIDA PELAS CECIH 2018)

Responsável Técnico: Profa. Dra. Maria Clara Padoveze

Resumo

O presente relatório técnico de síntese é componente integrante do Projeto Estados em Foco, na sua Fase III. O objetivo principal deste relatório é apresentar uma síntese dos trabalhos desenvolvidos, tendo como parâmetro de referência os resultados das aplicações das ferramentas de avaliações dos componentes essenciais. Como objetivo complementar, espera-se identificar prioridades de ação e diretrizes para o plano de ação nacional a fim de aprimorar os esforços de qualificação do programa de prevenção de IRAS no âmbito dos Estados. São apresentados de forma sintetizada os resultados da Avaliação 1 (2015-2016) e 2 (2018) referentes aos programas estaduais de prevenção e controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde. Ao final, algumas recomendações são apresentadas visando a melhoria contínua do processo.



Sumário

APRESENTAÇÃO	4
1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVOS.....	6
3. MÉTODOS.....	6
3.1. Informações gerais sobre as fases do Projeto Estados em Foco ..	6
3.2. População alvo.....	8
3.3. Ferramentas de avaliação e modo de coleta de dados	8
4. RESULTADOS.....	11
4.1. Avaliação 1	11
4.2. Avaliação 2	17
4.3.Comparativo detalhado Avaliação 1 e Avaliação 2.....	22
4.3.1. Região Norte	22
4.3.2. Região Nordeste.....	29
4.3.3. Região Centro-Oeste	38
4.3.4. Região Sul.....	42
4.3.5. Região Sudeste	45
4.4. Planos de ação no contexto das Coordenações Estaduais de Prevenção e Controle de IRAS.....	51
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	55
6. AGRADECIMENTOS.....	56
7. REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE: Registro fotográfico das visitas da Projeto Estados em Foco: Avaliação 1, 2015-2016.....	59



ANVISA
PROJETO ESTADOS EM FOCO
FASE III

APRESENTAÇÃO

O presente relatório técnico de síntese do projeto é componente integrante do *Projeto Estados em Foco*, em sua Fase III.

O intuito do material aqui apresentado é prover uma síntese dos resultados obtidos nas etapas do projeto, tendo como parâmetro de referência as avaliações dos componentes essenciais (core componentes) realizados no início (Fases I e II: 2015-2016) até o momento (Fase III: 2018)

Trata-se de um produto técnico focado nos objetivos a serem atingidos pelas GVIMS/GGTES no que tange a melhoria do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde, por meio de ações que estimulam o avanço das ações no nível dos Estados.

1. INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas a Assistência à 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.(1)

Considera-se que um programa nacional de prevenção de IRAS idealmente deve possuir os objetivos precípuos(2):

- Desenvolver a capacidade das instituições para a contínua redução de eventos preveníveis;
- Desenvolver a capacidade para controlar a seleção e disseminação de microrganismos resistentes;
- Desenvolver a capacidade para resposta aos agravos epidêmicos; e



- Minimizar o impacto ambiental no manejo de IRAS.

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(2).

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 Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS (PNPCIRAS) o estímulo ao pleno funcionamento das coordenações nos Estados para que se possam alcançar resultados concretos no âmbito nacional.

Estas considerações conduziram à necessidade de desenvolver um projeto com potencial para estimular o desenvolvimento das Coordenações Estaduais de Prevenção e Controle (CECIH) de IRAS no país, denominado *Projeto Estados em Foco*. Este projeto foi dividido em fases, sendo a Fase I dirigida aos estados das regiões Norte e Nordeste e já concluída. A Fase II foi dirigida aos estados das regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste e foi concluída em 2017. Na Fase III, foram realizadas Oficinas de Capacitação para os planos de ação; os planos de ação foram solicitados a serem enviados para a GVIMS. Além disto, uma nova aplicação da avaliação dos componentes foi realizada, em forma de auto-avaliação. Assim sendo, as avaliações subsequentes permitem uma síntese comparativa, ainda que com limitações.



2. OBJETIVOS

O objetivo principal deste relatório é apresentar uma síntese dos trabalhos desenvolvidos, tendo como parâmetro de referência os resultados das aplicações das ferramentas de avaliações dos componentes essenciais.

Como objetivo complementar, espera-se identificar prioridades de ação e diretrizes para o plano de ação nacional a fim de aprimorar os esforços de qualificação do programa de prevenção de IRAS no âmbito dos Estados.

3. MÉTODOS

3.1. Informações gerais sobre as fases do Projeto Estados em Foco

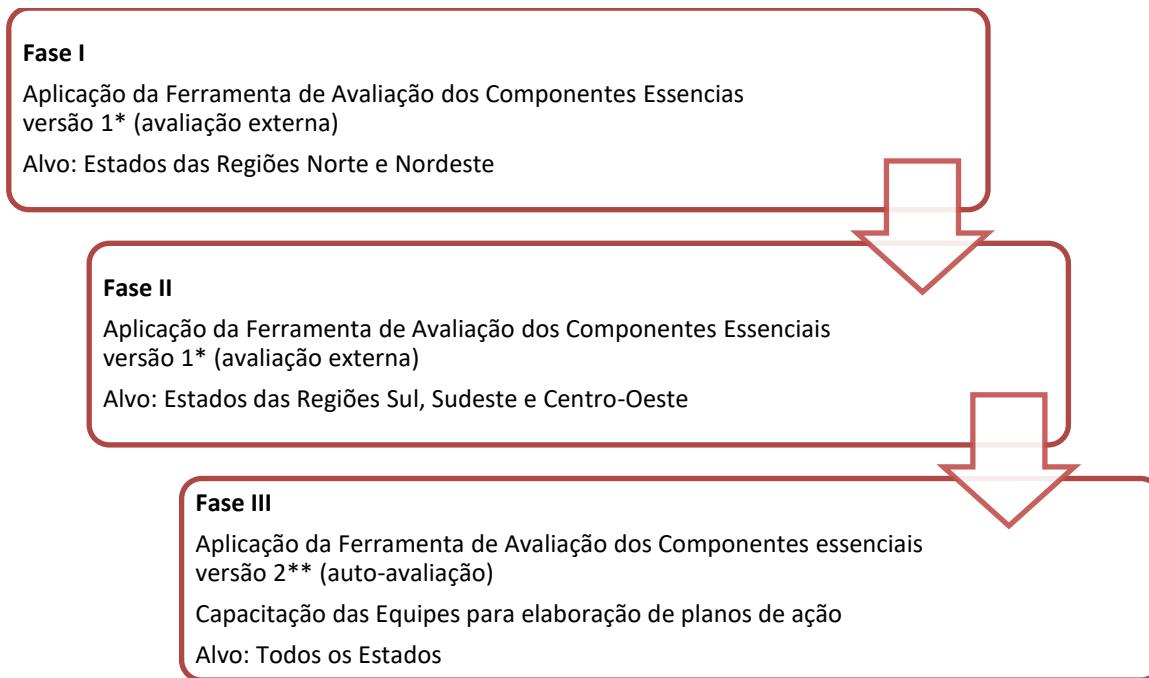
Como já mencionado, este projeto foi realizado em três fases. A **Figura 1** demonstra a representação esquemática sintetizando as etapas do projeto.

Estas fases foram sequenciais e interrelacionadas. Na Fase I, foram desenvolvidas ações de esclarecimento e divulgação do projeto a fim de sensibilizar os participantes quanto a sua importância. Ainda na Fase I, foi realizada uma videoconferência para orientar quanto a elaboração de planos de ação.

Na Fase II, ao avaliar-se os planos de ação recebidos, verificou-se a necessidade de intensificar a capacitação das equipes das Coordenações Estaduais de Controle de Infecção Hospitalar (CECIHs) e da equipe da GVIMS para a elaboração e monitoramento dos planos de ação. Estas capacitações foram desenvolvidas na Fase III do projeto.



Figura 1. Representação esquemática das Fases do Projeto Estados em Foco, segundo as principais atividades desenvolvidas e público alvo. Brasília, 2019



Nota: Versão 1: OMS, 2011 (3); Versão 2: OMS, 2017(4)

O Projeto Estados em Foco desenvolveu-se tendo como premissa que as melhorias relativas ao Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS só poderão ser alcançadas com o esforço coletivo no âmbito dos demais níveis da federação, ou seja, Estados e Municípios.

Na Fase I, um mapa conceitual para o projeto foi co-desenhado pela equipe da GVIMS no início do projeto, tendo sido revisado na Fase III, a partir das experiências obtidas durante as etapas prévias. Este mapa é apresentado na **Figura 2**. Em síntese, a redução das IRAS é o objetivo principal, ou seja, a meta a ser alcançada. Para o alcance desta meta, o Projeto Estados em Foco pretende contribuir para o alinhamento entre os programas nos três níveis da federação e também com os serviços de saúde. As ações de prevenção são práticas baseadas em evidência e se apoiam na vigilância epidemiológica como conhecimento para tomada de decisões.



Figura 2. Mapa conceitual do Projeto Anvisa: Estados em Foco, revisado em 2018. Brasil, 2019.



3.2. População alvo

A população alvo das ações desenvolvidas foi o grupo de profissionais das Coordenações Estaduais de Prevenção e Controle de IRAS (CECIHs) e Coordenação Distrital de Prevenção e Controle de IRAS (CDCIH).

3.3. Ferramentas de avaliação e modo de coleta de dados

As ferramentas de avaliação dos componentes essenciais (core componentes) foram baseadas nos documentos respectivos produzidos pela OMS, a saber:

Avaliação 1: A ferramenta aplicada na primeira avaliação foi a versão traduzida do inglês para o português e com pequenas adaptações para aplicação no nível dos Estados da ferramenta IPCAT (*Infection Prevention and Control Assessment Tool*), publicada pela OMS em 2011.(3) Esta



ferramenta possui 8 componentes essenciais de avaliação. Foi aplicada por meio de avaliadores externos treinados, com visitas *in loco* e com participação de coordenadores e membros das CECIH nos anos de 2015 e 2016.

Avaliação 2: A ferramenta aplicada na segunda avaliação foi a versão traduzida do inglês para o português, com algumas adaptações para aplicação no nível dos Estados da ferramenta IPCAT2 (*Infection Prevention and Control Assessment Tool 2*), publicada pela OMS em 2017.(4) Esta ferramenta possui 6 componentes essenciais. Foi aplicada por meio de auto-avaliação realizada pelas CECIH no ano de 2018, na oportunidade do recadastramento junto a Anvisa.

A mudança de ferramenta utilizada deu-se ao fato da atualização do referido instrumento pela OMS após a realização da Avaliação 1. Há diferenças entre os dois conteúdos, embora alguns componentes essenciais tenham se mantido, alguns eliminados e outros acrescentados (**Quadro 1**). Como exemplo, muitos dos componentes de suporte de laboratório e links com a saúde pública foram incluídos nos componentes de organização do programa e de vigilância. Outro exemplo, parte dos itens de recursos humanos foram incluídos no programa e outras foram remanejados para o componente de educação e treinamento. O componente “estratégias multimodais” foi introduzido na versão do IPCAT2. Além disto, o componente relativo a ambiente foi mantido apenas na versão da ferramenta de avaliação de programas referentes aos serviços de saúde.



Quadro 1. Apresentação dos componentes essenciais para Programas de Prevenção e Controle de IRAS preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) segundo a versão da ferramenta de avaliação. Brasília, 2019.

Componentes essenciais	
IPCAT*	IPCAT2**
1. Organização do Programa de Prevenção e Controle de Infecção (PCI)	1. Organização do Programa de Prevenção e Controle de Infecção (PCI)
2. Diretrizes técnicas de PCI	2. Diretrizes técnicas de PCI
3. Recursos Humanos	3. Educação e treinamento
4. Vigilância de IRAS	4. Vigilância de IRAS
5. Suporte de laboratório de microbiologia	5. Estratégias multimodais
6. Meio ambiente	6. Monitoramento de práticas de PCI, retroalimentação e atividades de controle
7. Monitoramento e avaliação	-
8. Ligações com a saúde pública e outros serviços	-

Nota: IPACT: Infection Prevention and Control Assessment Tool; IRAS: Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde; *OMS, 2011(3); **OMS, 2017(4)

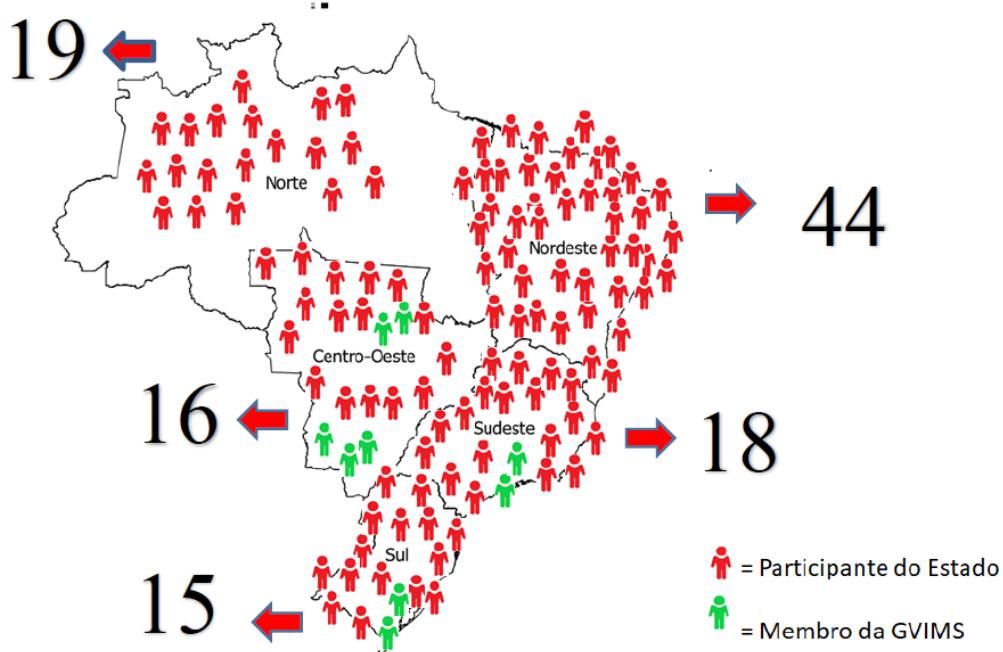
É importante destacar que os resultados da aplicação da ferramenta na Avaliação 1, da avaliação crítica dos planos de ação, planejamento e os resultados das capacitações, já foram objeto de relatórios anteriores deste projeto.

4. RESULTADOS

4.1. Avaliação 1

Nesta etapa da avaliação, estiveram envolvidos 112 profissionais, variando nos Estados entre 2 a 10 participantes (média 4). Os números de participantes nesta etapa são representados por região e Estados na **Figura 3** e **Quadro 2**, respectivamente.

Figura 3: Projeto Estados em Foco, Fases I e II: Número de participante envolvidos nas avaliações externas dos componentes essenciais dos Programas Estaduais de Prevenção de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, segundo a região. N=112. Brasil, 2015-2016.





Quadro 2. Projeto Estados em Foco, Fases I e II: número de participantes na etapa de avaliação dos Componentes Essenciais dos Programas Estaduais, de acordo com os estados brasileiros. Brasil, 2015-2016.

Estado	Número de Participantes
Acre	
Alagoas	
Amapá	
Amazonas	
Bahia	
Ceará	
Distrito Federal	
Espírito Santo	
Goiás	
Maranhão	
Minas Gerais	
Mato Grosso do Sul	
Mato Grosso	



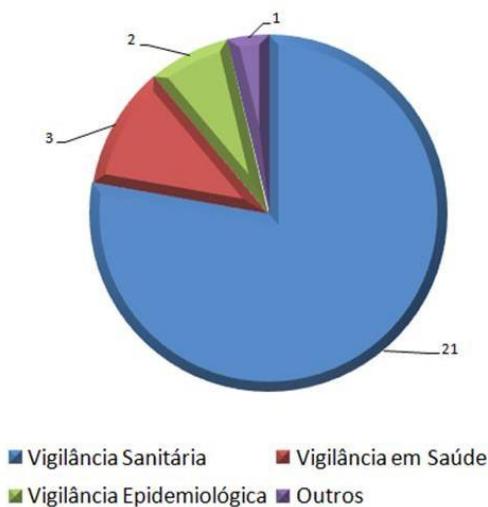
Pará	
Paraíba	
Pernambuco	
Piauí	
Paraná	
Rio de Janeiro	
Rio Grande do Norte	
Rondônia	
Roraima	
Rio Grande do Sul	
Santa Catarina	
Sergipe	
São Paulo*	

Nota: Em São Paulo, a avaliação externa foi realizada pela GVIMS, sem participação de membros avaliadores externos.

= > Membro do Estado; = > Membro da GVIMS

Durante a etapa de avaliação, as CECIHs foram caracterizadas com relação a sua composição. Estes dados foram detalhadamente apresentados em relatórios anteriores. Constatou-se que a maioria das Coordenações Estaduais estavam alocadas junto às áreas de Vigilância Sanitária (**Figura 4**). Apenas 6 CECIHs não estavam localizadas nesta área. Este é um fato importante que precisa ser considerado em especial no que tange ao fluxo de comunicações entre os diferentes âmbitos da federação.

Figura 4: Distribuição das Coordenações Estaduais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde segundo a alocação das mesmas na Secretaria de Estado da Saúde. Brasil, 2015- 2016.



De modo geral, as CECIHs possuem estrutura física mínima para sua atuação, incluindo sala própria ou compartilhada (**Figura 5**), recursos para videoconferência, computadores, e etc. As limitações mencionadas pelos participantes foram relativas aos números de membros das equipes, que variaram de 1 a 14

membros, com média de 4,8. Em algumas circunstâncias, as CECIHs contavam apenas com um profissional na equipe com dedicação exclusiva para atuar na prevenção e controle de IRAS; alguns estados compartilhavam seus recursos humanos com outras atividades. Este compartilhamento na maioria das vezes tem sido com ações de auditoria e inspeção da vigilância sanitária e com ações de segurança do paciente.

A existência de regimento foi documentada em 13 CECIHs e 14 não tinham regimento. Algumas CECIHs apontaram que seus regimentos estavam desatualizados na ocasião da visita.

Figura 5. Distribuição das Coordenações Estaduais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde existência de sala própria ou compartilhada. Brasil, 2015-206.



Na Avaliação 1 verificamos uma grande variação de resultados. A contribuição da variação inter-avaliadores neste fenômeno foi pouco provável, porque além dos avaliadores serem

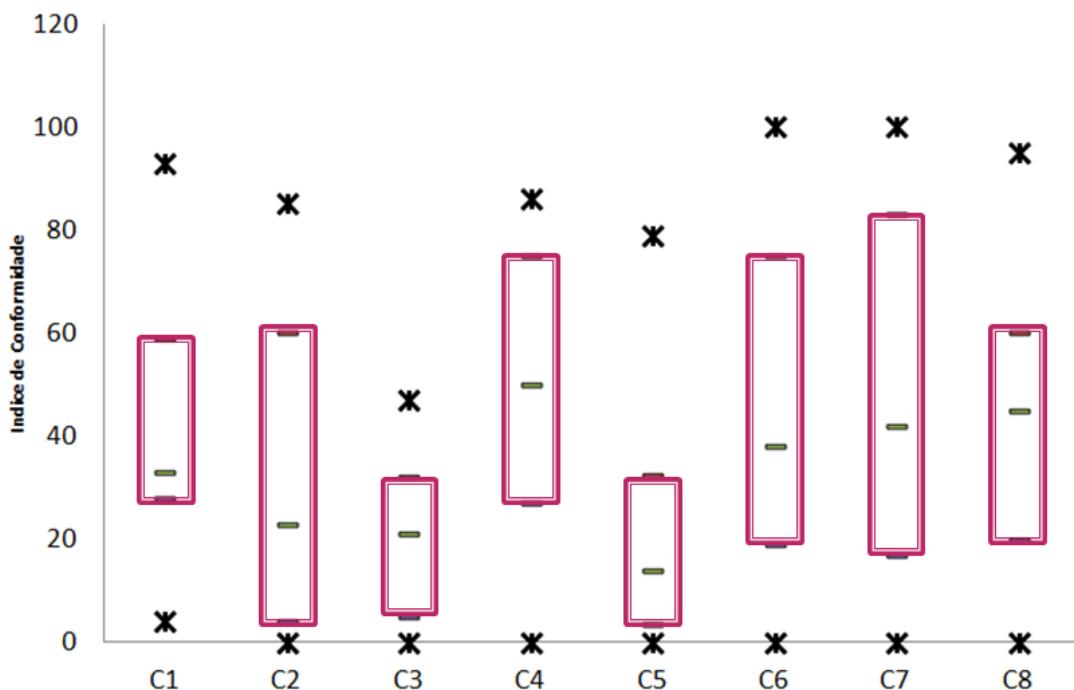


treinados, houve uma revisão pela coordenadora do projeto quanto as todas as informações coletadas, visando assegurar a uniformidade na aplicação dos critérios.

O **Quadro 3** apresenta o detalhamento de datas dos índices de conformidade de acordo com os componentes avaliados. Verificou-se que a média do índice de conformidade nos Estados variou de 3 (Alagoas) a 76 (Bahia). Os componentes 3 (recursos humanos) e 5 (suporte de laboratório de microbiologia) foram os que de modo geral obtiveram os menores índices de conformidade (**Figura 6**).

A mediana mais alta dos índices de conformidade nos Estados foi referente a vigilância de IRAS. Com algumas exceções, é mais provável que este achado favorável esteja relacionado não apenas com os esforços individuais dos Estados, mas também com o fato de existir um sistema de vigilância epidemiológica em âmbito nacional operante desde 2011.

Figura 6. Projeto Estados em Foco, Fase I e II: resultados da Avaliação 1, segundo a distribuição de percentil do Índice de Conformidade para cada componente essencial nos estados brasileiros e distrito federal (N=27). Brasil, 2015-2016.



C1 a C8: Componentes essenciais 1 a 8 segundo a Organização Mundial de Saúde. C1: Organização do Programa; C2: Diretrizes Técnicas; C3: Recursos Humanos; C4: Vigilância de IRAS; C5: Suporte de Laboratório de Microbiologia; C6: Meio Ambiente; C7: Monitoramento e Avaliação; C8: Ligações com Saúde Pública e outros serviços.

4.2. Avaliação 2

Na Avaliação 2 verificamos também uma grande variação de resultados (**Quadro 4**).

Não é possível fazer uma comparação direta entre os resultados obtidos na Avaliação 1 e na Avaliação 2 devido ao uso de ferramentas não idênticas.



Além disto, na Avaliação 2, os Estados de Ceará, Goiás e Roraima não preencheram o formulário e o Estado de Minas Gerais preencheu o formulário na versão antiga portanto, não foi considerado para comparação com a Avaliação 2. A menor média de conformidade foi 5 (Amapá) e a maior foi 96 (Amazonas).

Alguns Estados preencheram apenas parcialmente a avaliação, o que gerou um grande número de avaliações com índice de conformidade zero para o componente não preenchido (**Quadro 5**).

Contudo pode-se observar alguns padrões de caracterização, no qual as CECIHs que estavam com bons resultados na avaliação anterior mantiveram os índices de conformidade favoráveis ou até melhoraram.



Quadro 3. Índices de conformidade (%) das Coordenações Estaduais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde segundo os componentes essenciais preconizados pela Organização Mundial da Saúde na Avaliação 1, anos 2015-2016 (avaliação externa). Brasília, 2019

Componente essencial	AC	AL	AP	AM	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MG	MS	MT	PA	PE	PI	PB	PR	RJ	RN	RO	RR	RS	SE	SC	SP	TO
1 Organização do Programa	37	22	7	63	85	11	67	78	30	41	26	4	30	67	11	33	30	48	59	41	11	30	30	33	85	59	44
2 Guias Técnicos	58	0	4	85	73	0	65	27	15	62	8	8	54	54	0	4	23	27	15	62	4	0	4	0	15	73	12
3 Recursos Humanos	26	0	0	21	47	0	37	32	45	26	26	32	11	32	5	32	5	47	21	26	0	0	5	21	11	26	0
4 Vigilância de IRAS	36	0	0	77	86	18	86	86	45	50	55	36	73	82	14	36	27	73	86	50	27	9	18	59	68	86	55
5 Suporte do Laboratório de Microbiologia	21	0	0	36	43	0	21	36	36	0	7	14	21	29	0	14	7	64	21	0	21	0	14	7	79	79	7
6 Meio Ambiente	50	0	38	38	100	0	38	25	88	25	75	75	88	13	0	75	13	75	88	25	75	0	0	75	50	25	38
7 Monitoramento e Avaliação	42	0	0	75	100	8	100	83	83	42	25	25	83	83	0	17	17	75	92	42	25	0	17	67	92	75	25
8 Interface com a saúde pública e outros serviços	25	0	0	40	75	15	45	65	70	60	35	45	0	55	10	55	50	60	45	60	35	0	30	35	35	60	15
Média de Conformidade	37	3	6	54	76	7	57	54	52	38	32	30	45	52	5	33	22	59	53	38	25	5	15	37	54	60	25

(1) Avaliação realizada utilizando IPCAT Infection Prevention Assessment Tool, versão 2011(3)

Quadro 4. Índices de conformidade (%) das Coordenações Estaduais de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde segundo os componentes essenciais preconizados pela Organização Mundial da Saúde na Avaliação 2, ano 2018 (auto-avaliação). Brasília, 2019

Componente essencial	AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MG	MS	MT	PA	PB	PE	PI	PR	RJ	RN	RO	RR	RS	SC	SE	SP	TO
1. Organização do Programa	57	17	87	30	70	SI	52	52	SI	65	SI	70	39	70	13	43	9	78	83	52	43	SI	35	87	65	83	48
2. Diretrizes técnicas	71	36	100	0	93	SI	86	50	SI	64	SI	64	93	100	50	86	50	86	86	86	0	SI	0	86	93	93	0
3. Educação e Treinamento	90	30	100	0	80	SI	70	90	SI	0	SI	90	70	70	10	0	10	30	30	90	0	SI	0	80	50	80	0
4. Vigilância de IRAS	90	43	93	0	80	SI	93	80	SI	70	SI	63	47	87	0	80	47	80	93	90	0	SI	67	90	90	67	53
5. Estratégias Multimodais	56	56	100	0	78	SI	67	67	SI	44	SI	56	56	89	0	56	11	22	100	100	0	SI	22	78	78	89	11
6. Monitoramento, auditoria e retro	44	25	94	0	88	SI	94	81	SI	50	SI	63	75	63	0	38	38	94	81	100	0	SI	44	50	81	50	0
Média de Conformidade	68	35	96	5	82	#####	77	70	#####	49	#####	68	63	80	12	51	28	65	79	86	7	#####	28	79	76	77	19

(2) Avaliação realizada utilizando IPCAT2 Infection Prevention Assessment Tool, versão 2017(4)



Quadro 5. Resultados de itens avaliados como conformes (N sim) em relação ao número de itens avaliados e índice de conformidade na Avaliação 2, no ano 2018. Brasília, 2019.

		SP	MA	PB	TO	MT	AL	RN	BA	SE	PI	RO	PA	RS	AC	AP	AM	ES	MS	DF	SC	PR	PE	RJ	
	Componente essencial/elementos de avaliação	N itens	N sim																						
1	Programas de prevenção e controle de infecção (PCI)*	23	19	15	3	11	9	4	12	16	15	2	10	16	8	13	7	20	12	16	12	20	18	10	19
1.1	Organização e liderança do Programa	8	7	6	3	3	4	2	4	7	6	0	5	7	4	4	4	8	7	7	4	8	5	6	6
1.2	O escopo e responsabilidades em PCI está definido e inclui	7	7	7	0	2	4	1	5	5	7	1	2	5	1	4	2	7	3	4	6	6	6	4	7
1.3	Vínculos entre o PCI e outros programas e organizações profissionais (incluindo comunicações de rotina)	8	5	2	0	6	1	1	3	4	2	1	3	4	3	5	1	5	2	5	2	6	7	0	6
2	Diretrizes de PCI*	14	13	9	7	0	13	5	12	13	13	7	0	14	0	10	0	14	7	9	12	12	12	12	12
2.1	Desenvolvimento, disseminação e implementação de diretrizes técnicas	9	9	6	3	0	9	2	8	8	8	4	SI	9	0	6	0	9	5	7	7	7	7	7	7
2.2	Educação e treinamento de profissionais de saúde relevantes nas diretrizes de PCI	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	SI	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1
2.3	Monitoramento de adesão às diretrizes	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	SI	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1
2.4	Conjunto mínimo de diretrizes estaduais	3	3	1	3	0	3	2	3	3	3	3	SI	3	0	3	0	3	2	1	3	3	3	3	3
3	Educação e treinamento em PCI*	10	8	0	1	0	7	3	9	8	5	1	0	7	0	9	0	10	9	9	7	8	3	0	3
3.1	Apoio e facilitando educação e treinamento em PCI no nível de atendimento	4	4	SI	0	SI	4	2	4	4	2	1	SI	4	0	4	SI	4	4	4	2	4	3	0	0
3.3	Monitoramento da educação e treinamento em PCI	1	0	SI	0	SI	1	1	0	0	1	0	SI	0	0	0	SI	1	0	0	0	0	0	0	0
3.4	Implementação de treinamento e educação	5	4	SI	1	SI	2	0	5	4	2	0	SI	3	0	5	SI	5	5	5	4	0	0	0	3
4	Vigilância de IRAS	30	20	21	0	16	14	13	27	24	27	14	0	26	20	27	0	28	24	19	28	27	24	24	28
4.1	Coordenação de vigilância no nível estadual / municipal	7	7	5	0	3	3	4	7	5	7	4	SI	7	5	6	SI	7	7	5	6	7	7	7	7
4.2	Objetivos estaduais/municipais de vigilância são definidos e incluem:	5	SI	2	0	1	3	3	5	3	5	0	SI	5	3	4	SI	5	3	4	5	4	3	4	5
4.3	IRAS priorizadas para vigilância são definidas e incluem:	6	3	4	0	4	3	3	5	4	5	3	SI	5	3	6	SI	4	3	4	6	5	4	3	5
4.4	Métodos de vigilância são definidos e incluem:	3	2	2	0	1	1	1	3	3	3	2	SI	2	1	3	SI	3	3	2	3	3	2	3	3
4.5	Apoio laboratorial e de microbiologia:	2	2	2	0	2	0	1	1	2	2	2	SI	2	2	1	SI	2	2	2	2	2	2	1	2
4.6	A informação é analisada e a retroalimentação é dada em tempo oportuno para todas as partes interessadas relevantes	7	6	6	0	5	4	1	6	7	5	3	SI	5	6	7	SI	7	6	2	6	6	6	6	6
5	Estratégias multimodais	9	8	4	0	1	5	5	9	7	7	1	0	8	2	5	0	9	6	5	6	7	2	5	9
5.1	A coordenação estadual/municipal em apoio à implementação local das intervenções de melhoria de PCI dispõe:	2	2	0	0	0	2	1	2	1	2	0	SI	2	0	1	SI	2	1	1	2	1	1	0	2
5.2	A facilitação estadual/municipal em apoio à implementação local das intervenções de melhoria de PCI inclui:	5	5	4	0	1	3	3	5	4	5	1	SI	5	2	3	SI	5	4	3	4	5	1	4	5
5.3	Os vínculos do PCI com as ações de melhoria da qualidade incluem:	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	SI	0	0	1	SI	1	0	1	0	1	0	0	1
5.4	A avaliação de estratégias multimodais inclui:	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	SI	1	0	0	SI	1	1	0	0	0	0	1	1
6	Monitoramento/auditoria de práticas de PCI, retroalimentação e atividades de controle*	16	8	8	0	0	12	4	16	14	13	6	0	10	7	7	0	15	13	10	15	8	15	6	13
6.1	Monitoramento/auditoria e estrutura de retroalimentação para PCI está estabelecido no nível estadual/municipal, incluindo:	6	4	1	0	0	0	2	1	6	5	4	1	SI	3	2	4	SI	4	4	3	5	3	6	3
6.2	Indicadores de monitoramento/auditoria estão definidos	4	4	3	0	0	4	1	4	4	3	3	SI	2	2	3	SI	5	4	4	4	1	3	0	3
6.3	Processo e relatório de monitoramento/auditoria e retroalimentação	6	0	4	0	0	6	2	6	5	6	2	SI	5	3	0	SI	6	5	3	6	4	6	3	6



É importante destacar que algumas células da planilha da Avaliação 2 estavam com problemas (especialmente no componente 3), o que gerou algumas dúvidas entre os coordenadores das CECIH. Além disto, observamos algumas situações específicas:

- Algumas CECIH registraram como positivo (item em conformidade) situações parciais ou incompletas. Ex: Componente 1.1.3 foi pontuado como conforme mesmo faltando médicos.
- Algumas poucas CECIH fizeram uma avaliação cuidadosa, com várias observações quanto a situação no momento da avaliação, justificando as informações positivas ou negativas. Isto aponta para uma boa compreensão do processo de auto-avaliação.
- Outras CECIH fizeram avaliações excessivamente positivas em alguns componentes, mesmo estando com avaliação pouco positiva no componente da organização do programa, o que parece ser pouco compatível. Isto sugere uma falta de entendimento da ferramenta de avaliação.

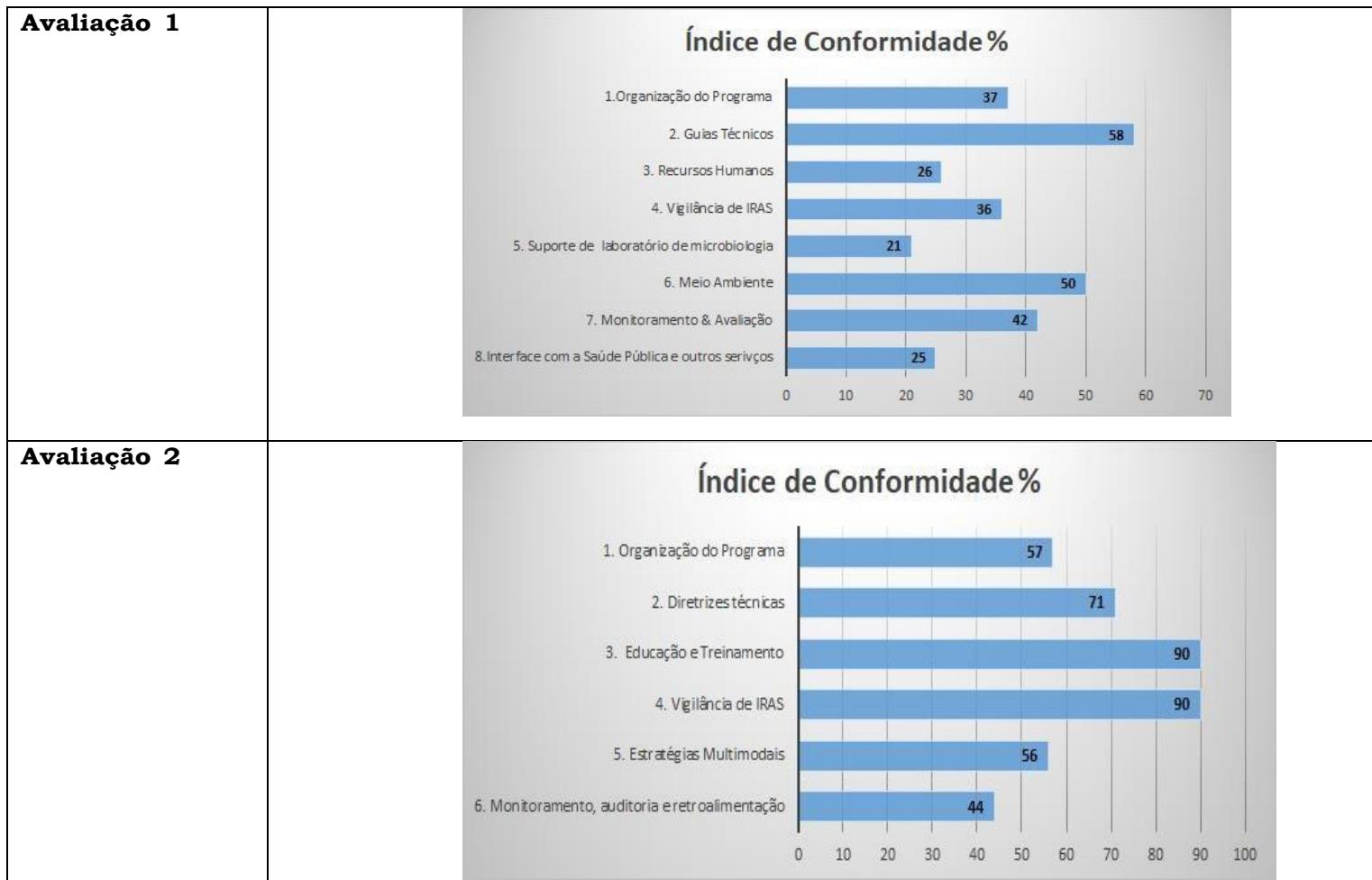
Para não comprometer o processo de auto-avaliação, a informação foi mantida tal qual preenchida pela CECIH.

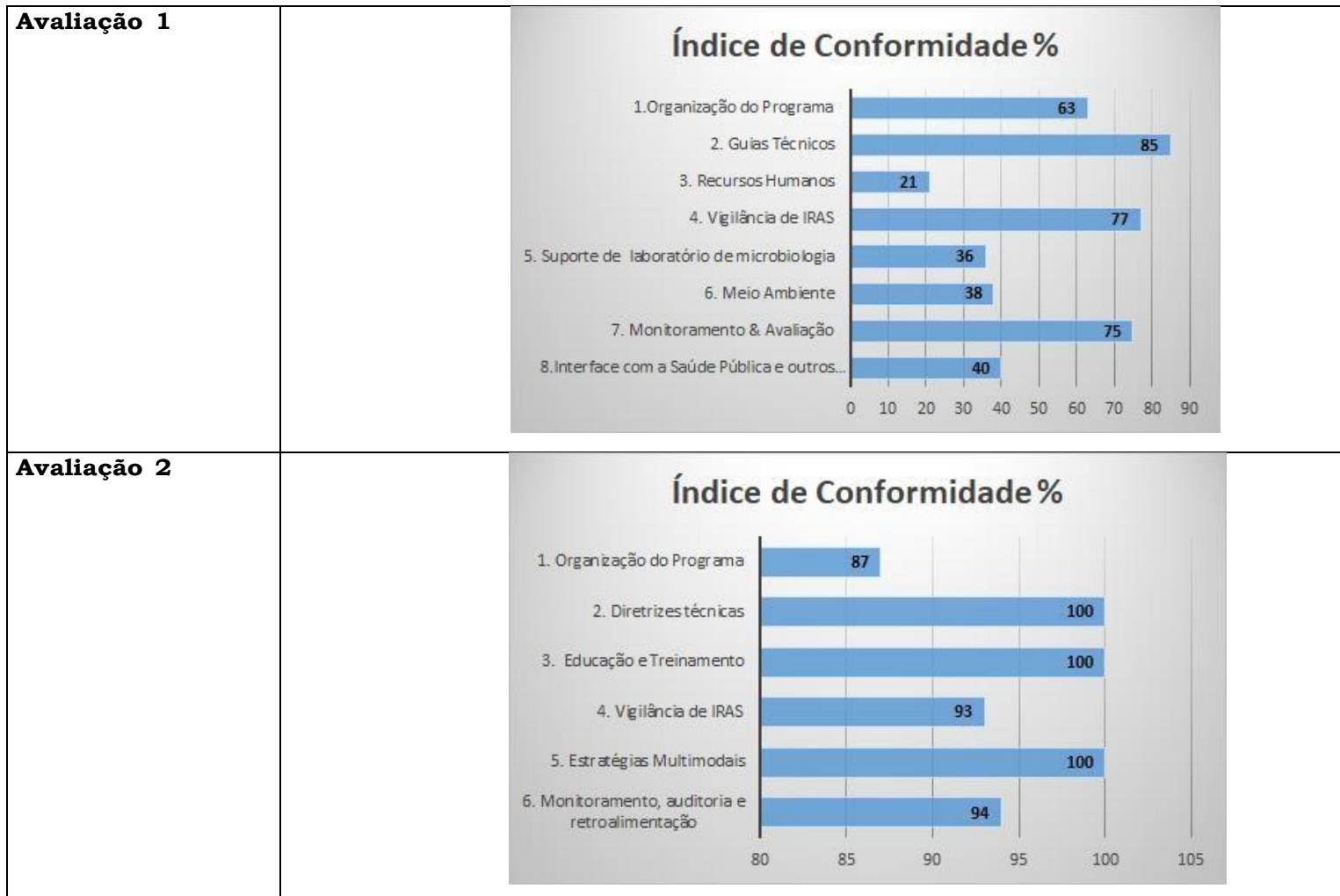
4.3. Comparativo detalhado Avaliação 1 e Avaliação 2

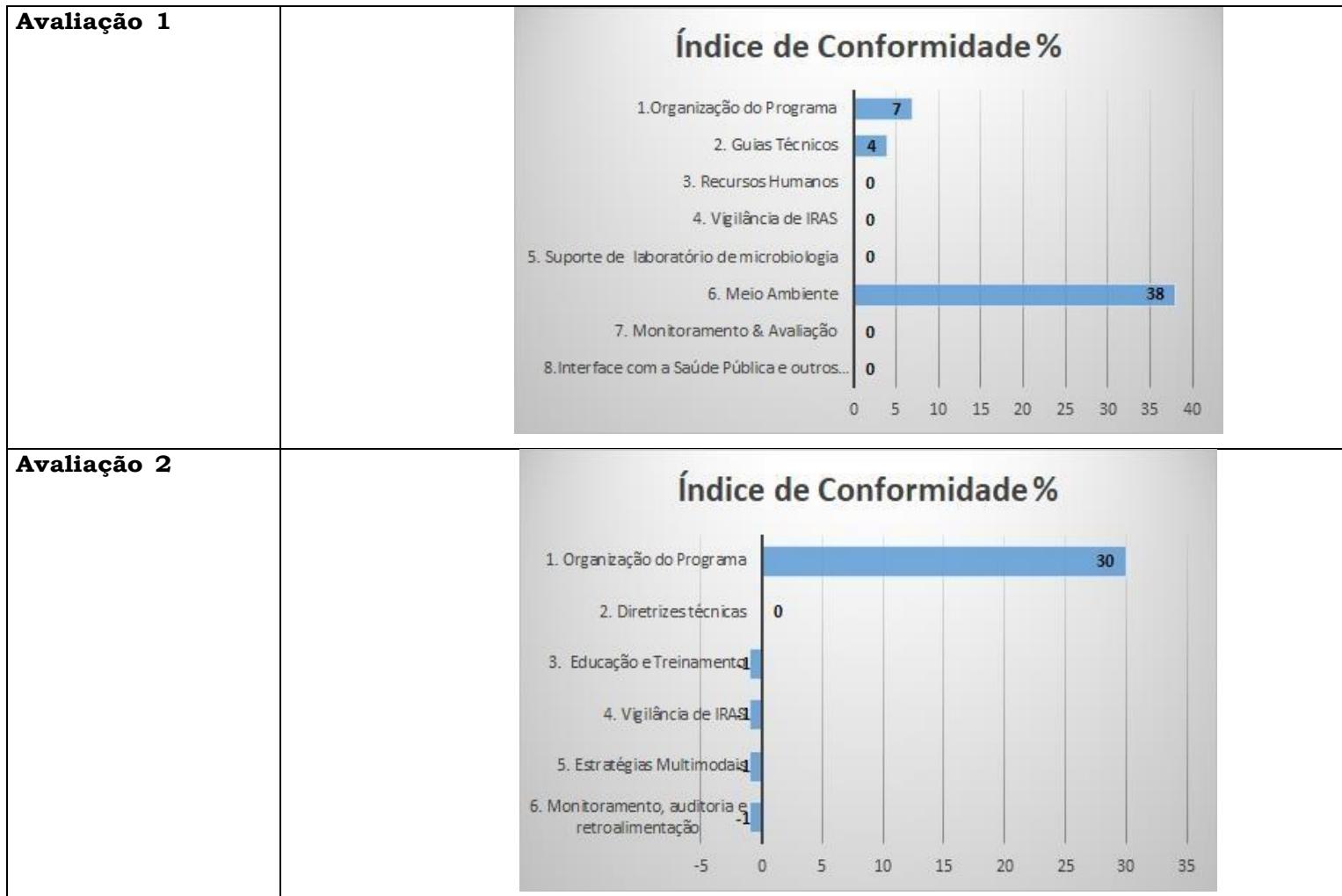


4.3.1. Região Norte

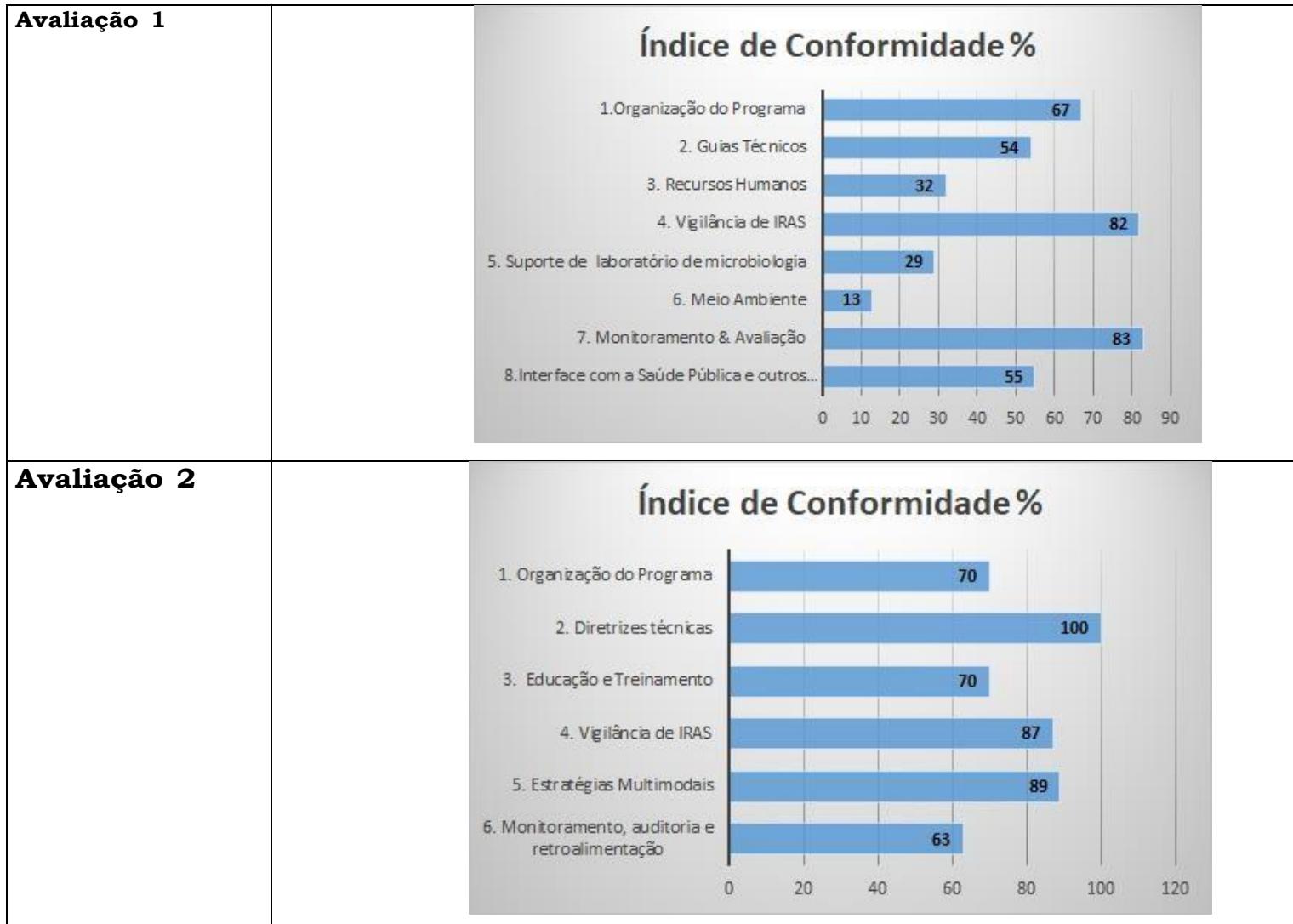
ACRE



**AMAZONAS**

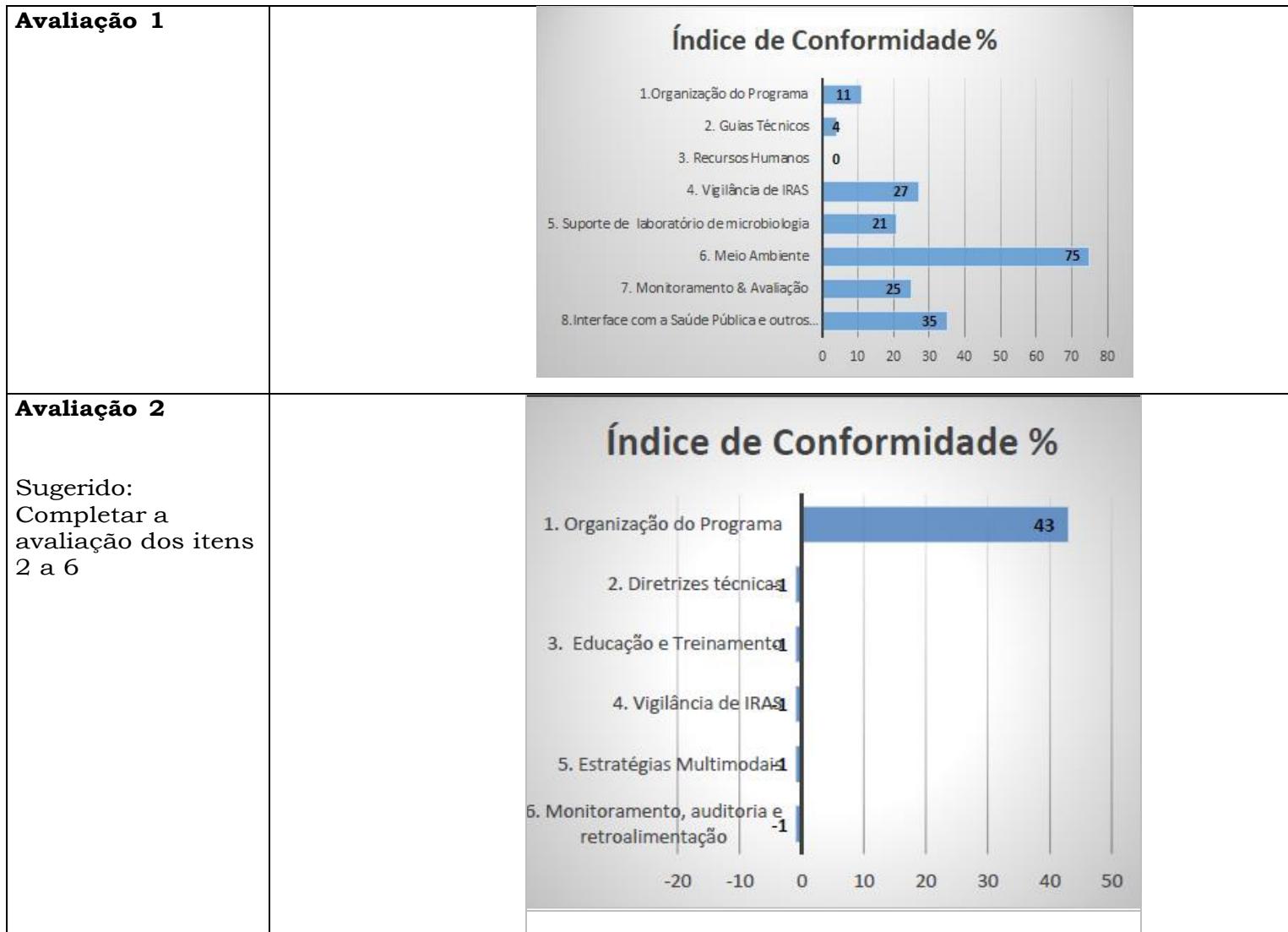
**AMAPÁ**

OBS: Valor (-1): Significa que a avaliação não foi feita para estes componentes

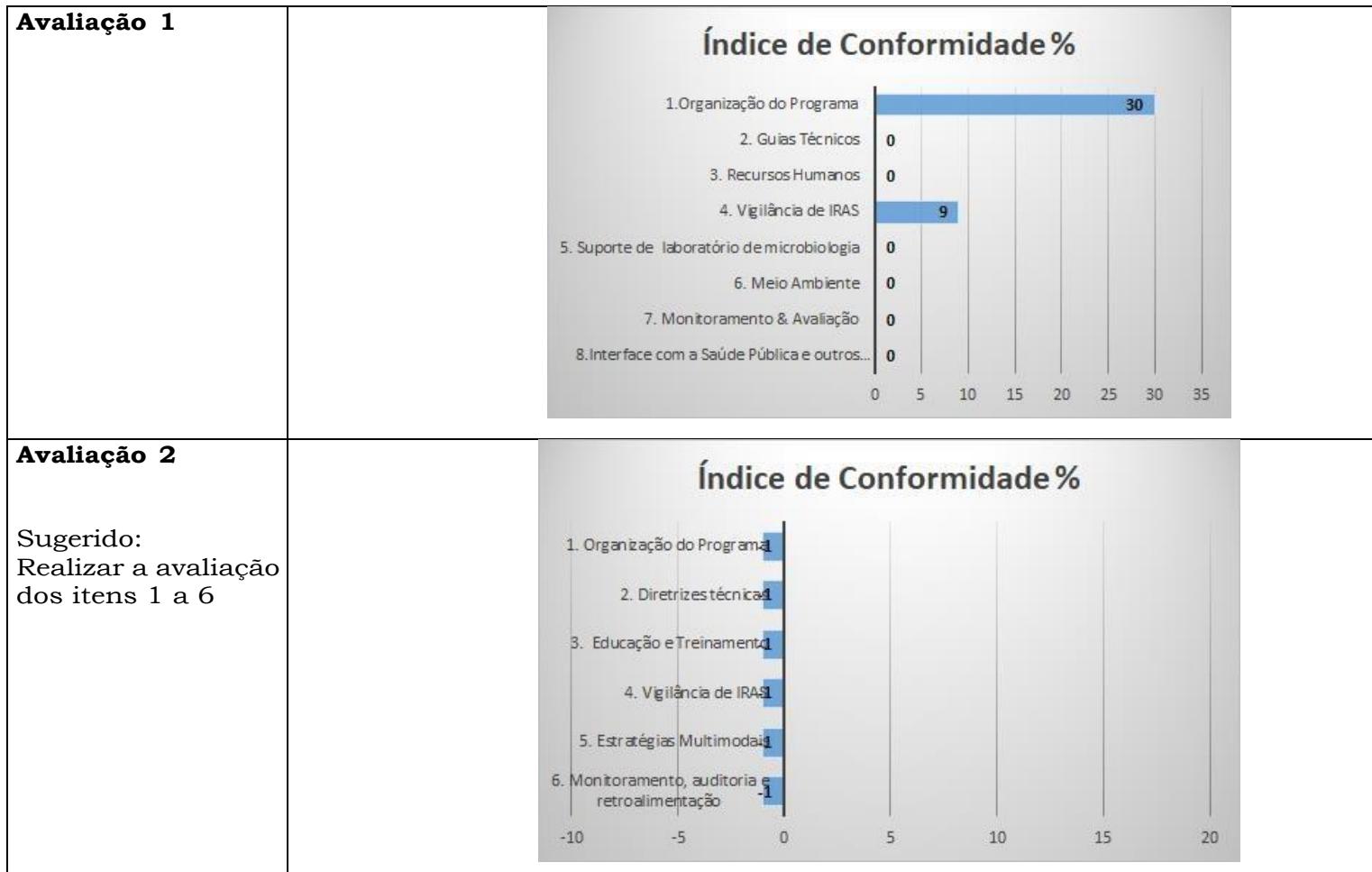
**PARÁ**



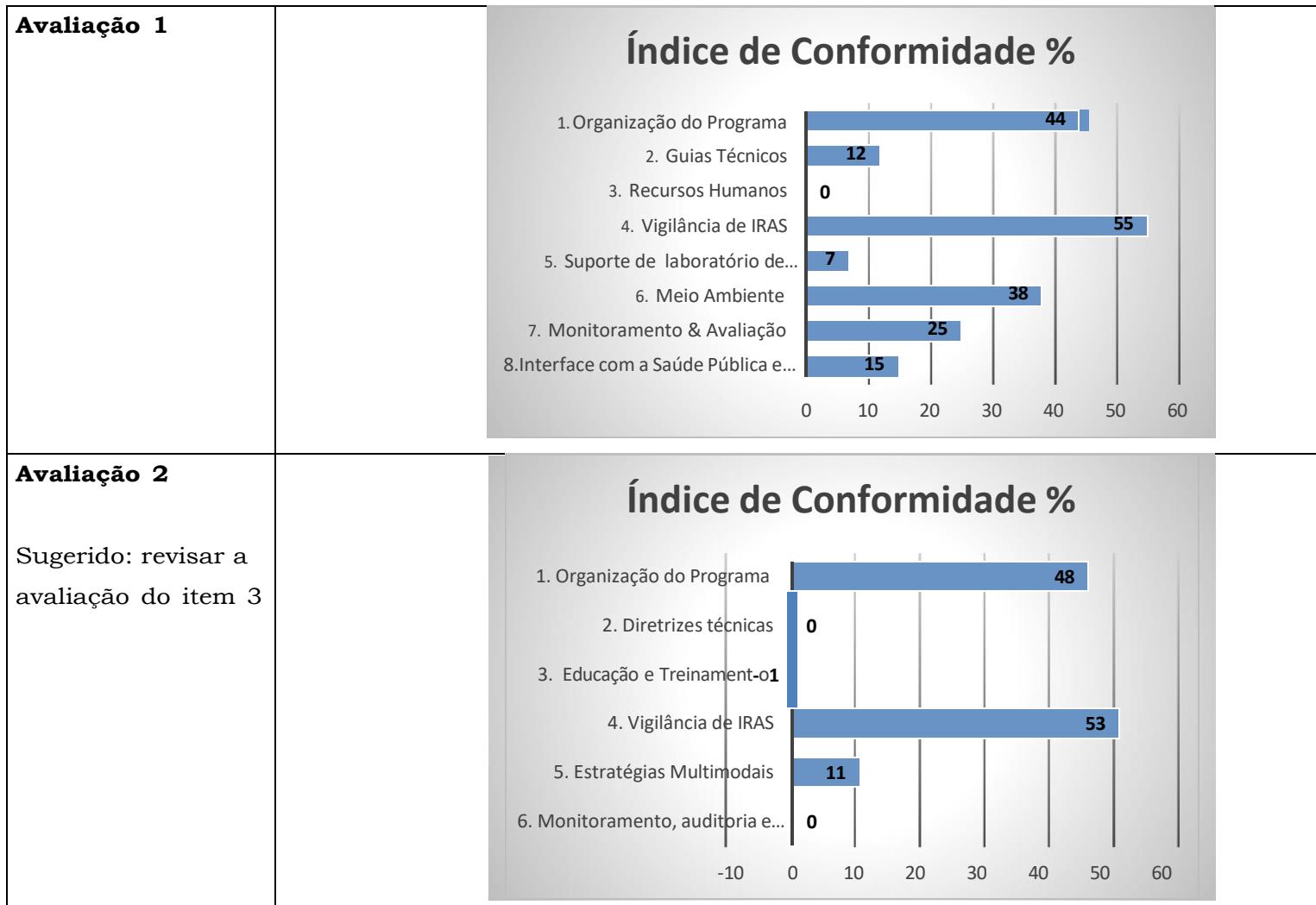
RONDÔNIA



OBS: Valor (-1): Significa que a avaliação não foi feita para estes componentes

**RORAIMA**

OBS: Valor (-1): Significa que a avaliação não foi feita para estes componentes

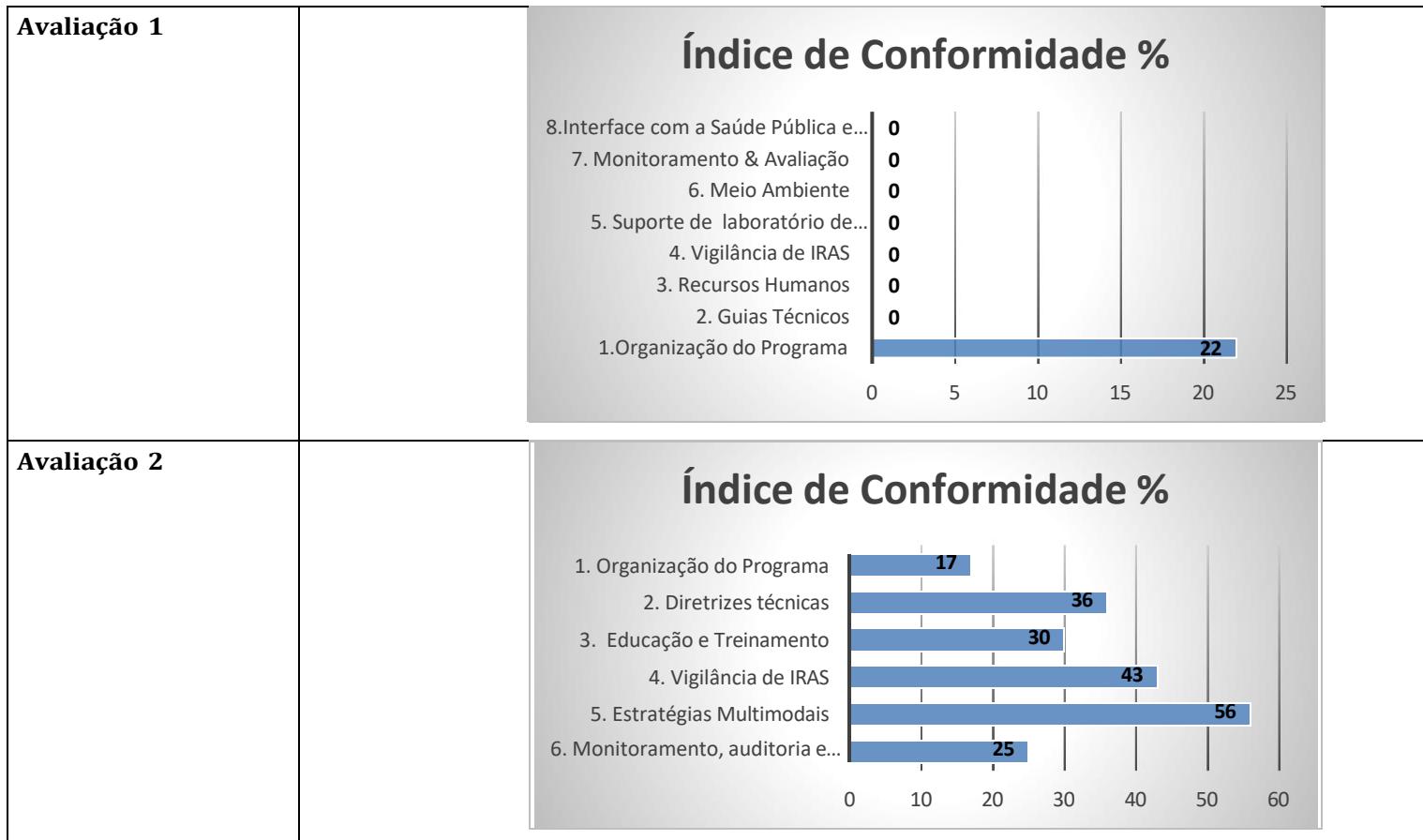
TOCANTINS

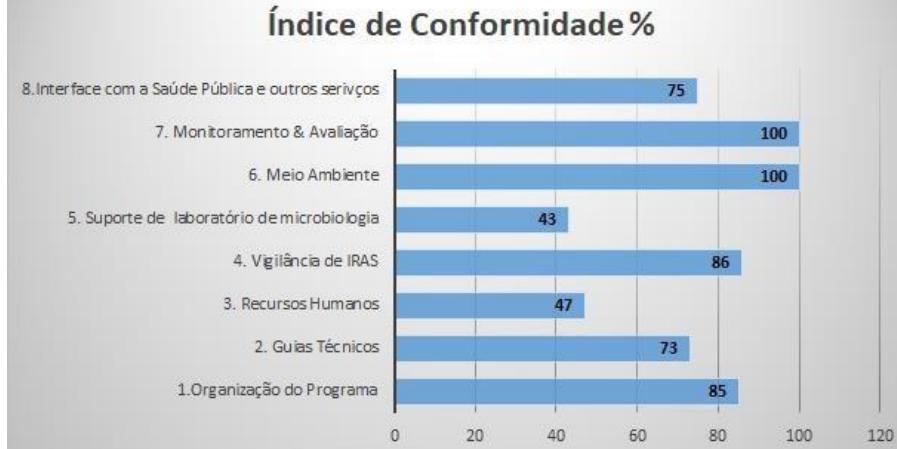
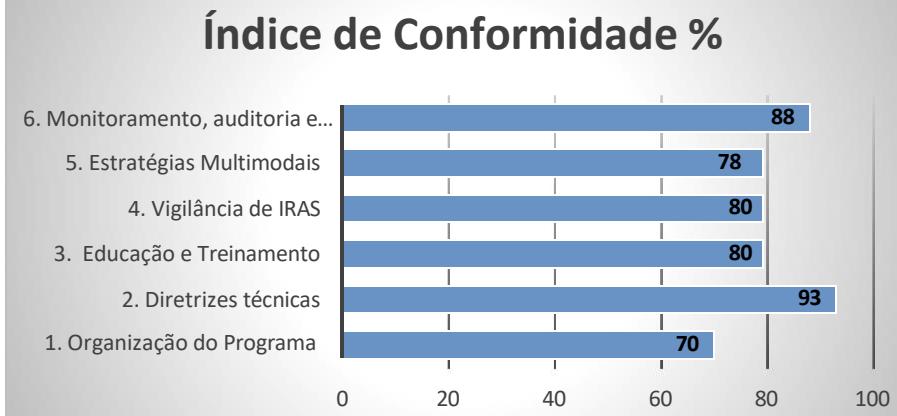
OBS: Valor (-1): Significa que a avaliação não foi feita para estes componentes

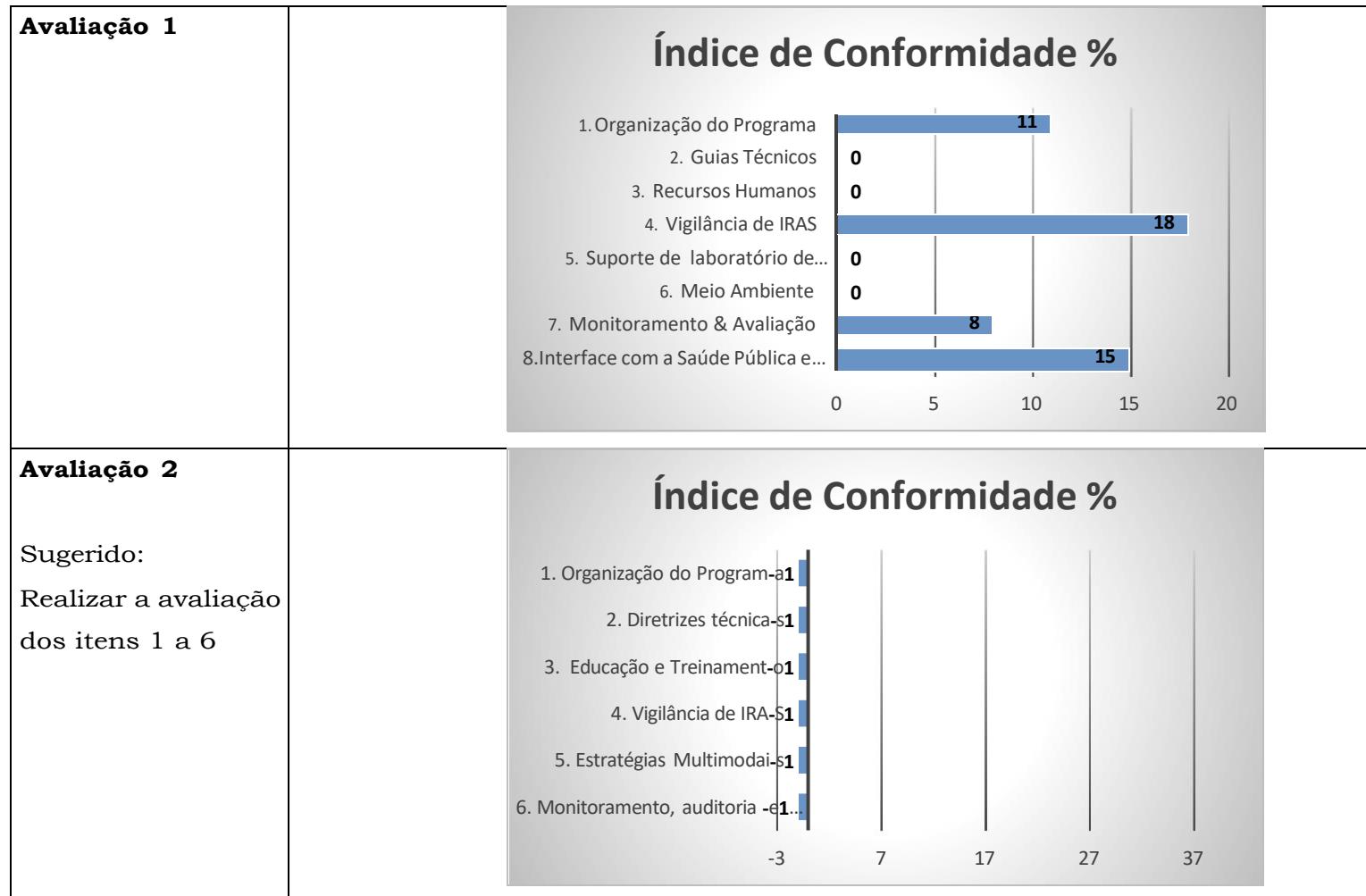


4.3.2. Região Nordeste

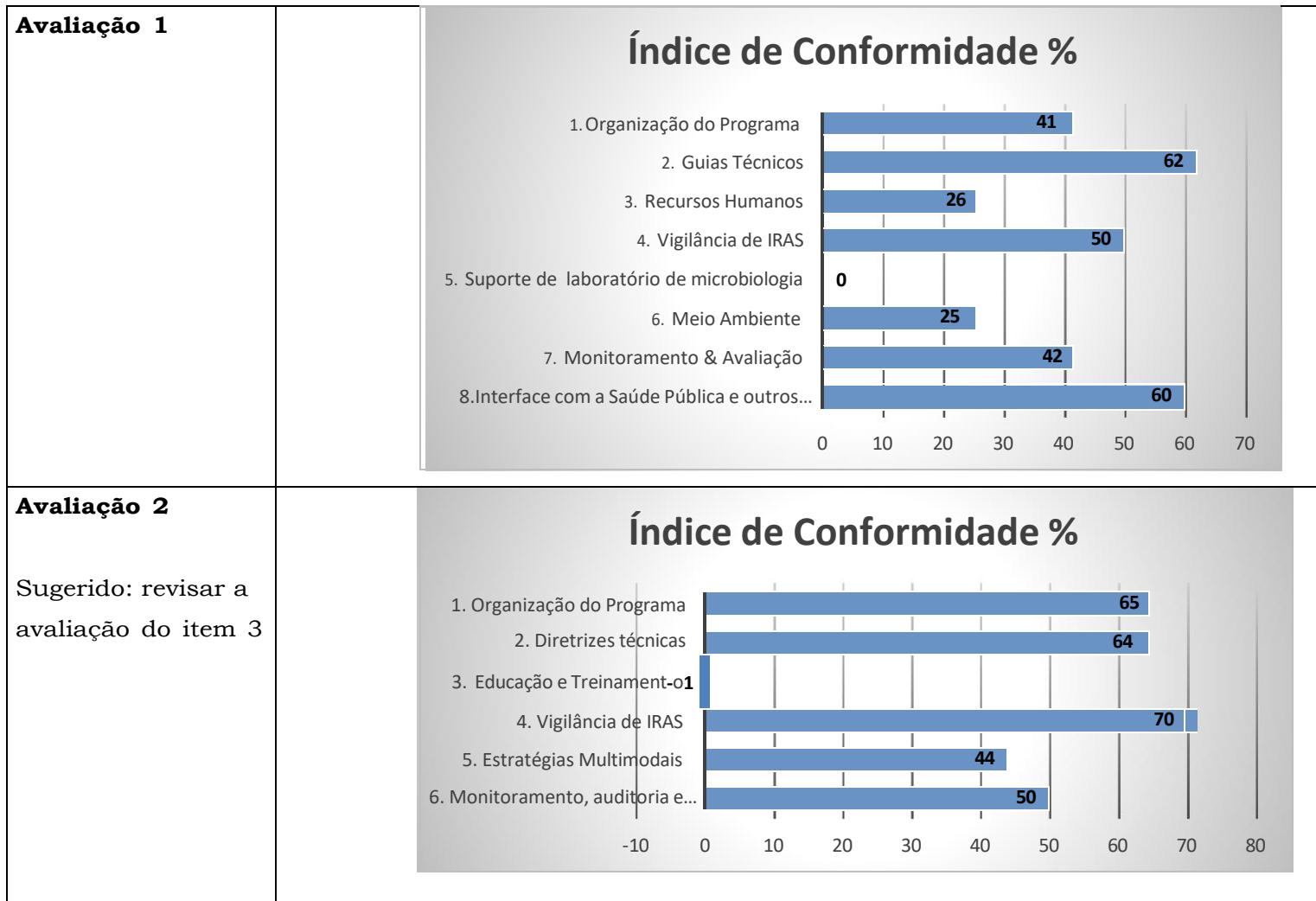
ALAGOAS



**BAHIA****Avaliação 1****Avaliação 2**

**CEARÁ**

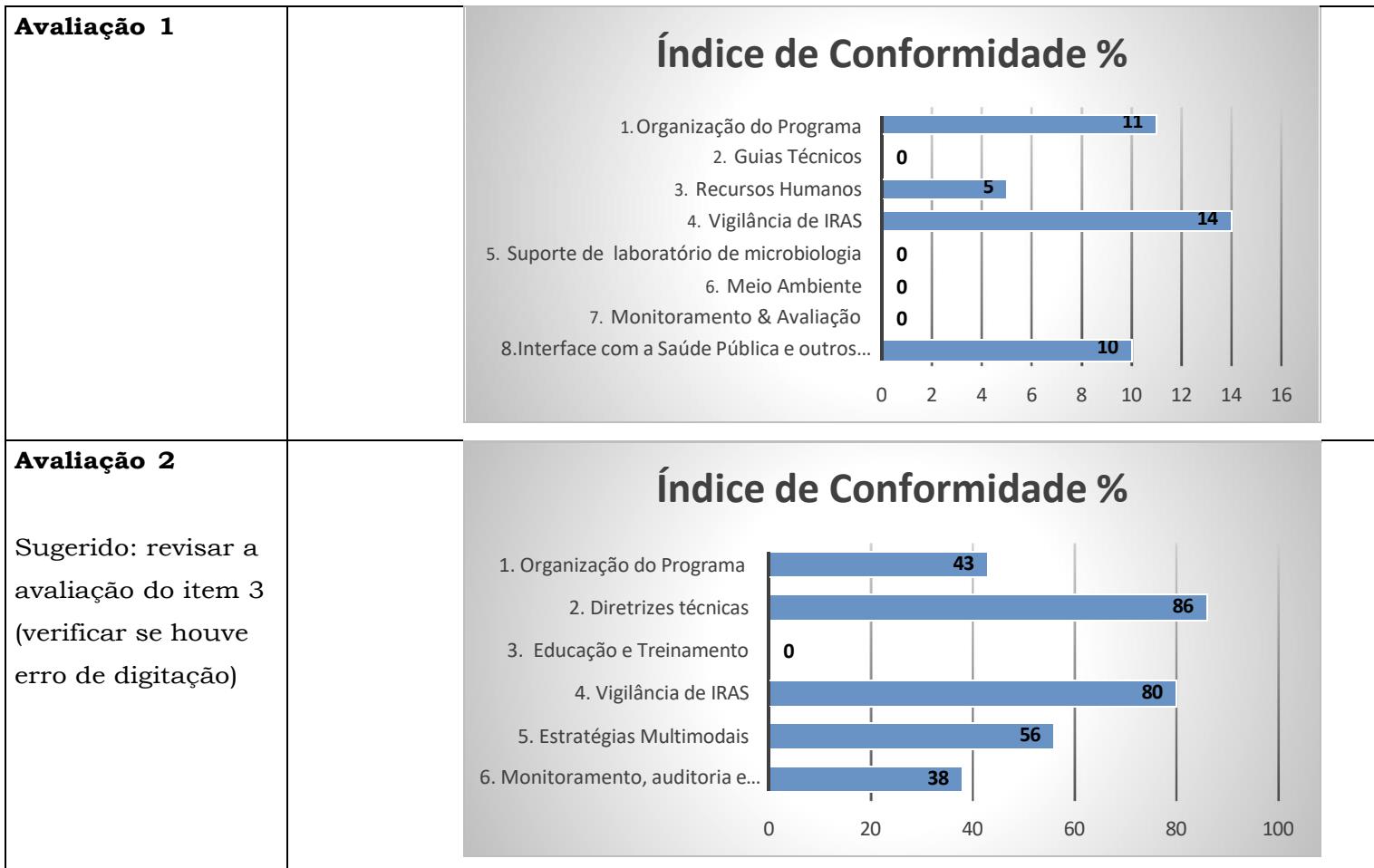
OBS: Valor (-1): Significa que a avaliação não foi feita para estes componentes

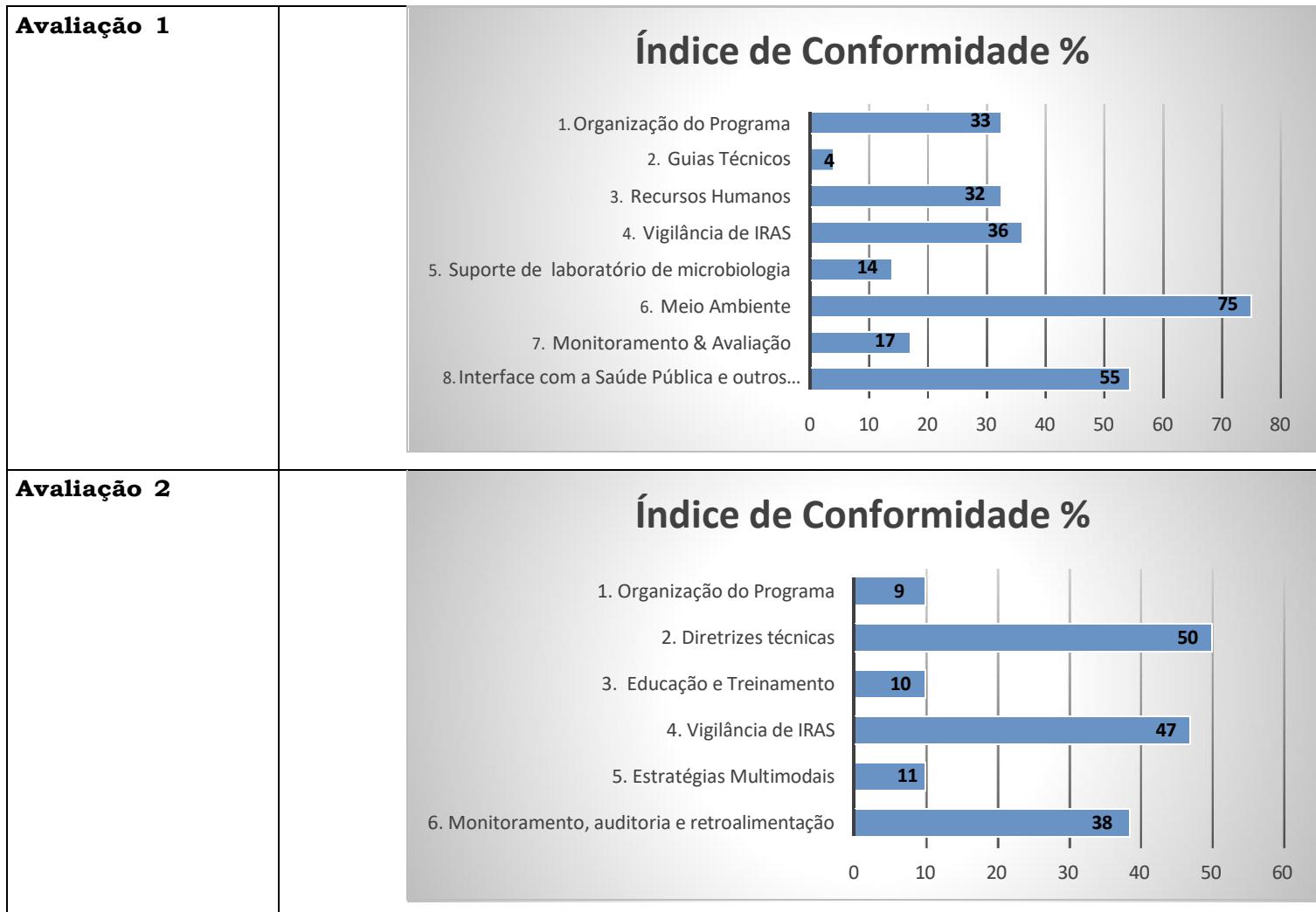
MARANHÃO


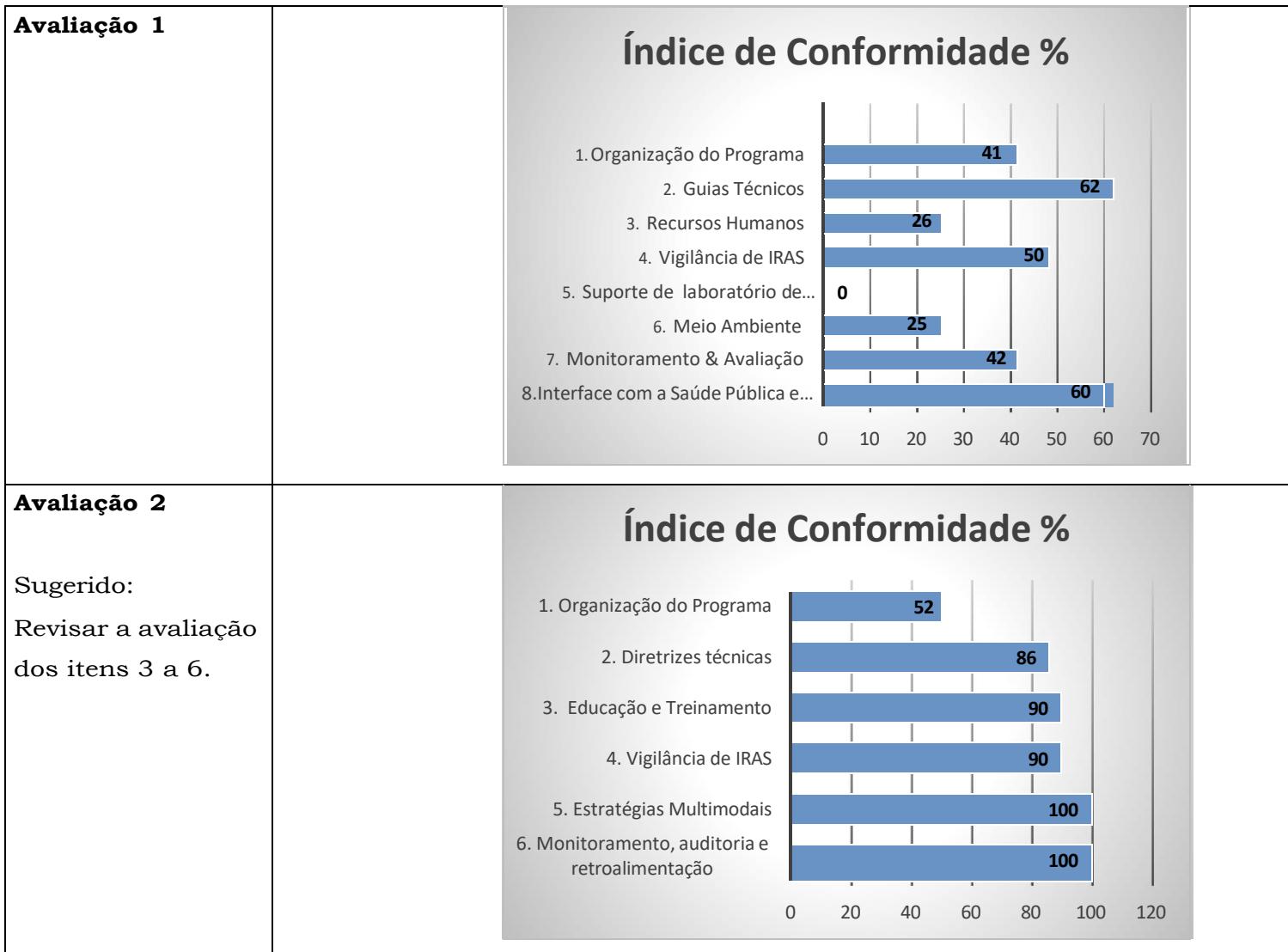
OBS: Valor (-1): Significa que a avaliação não foi feita para estes componentes

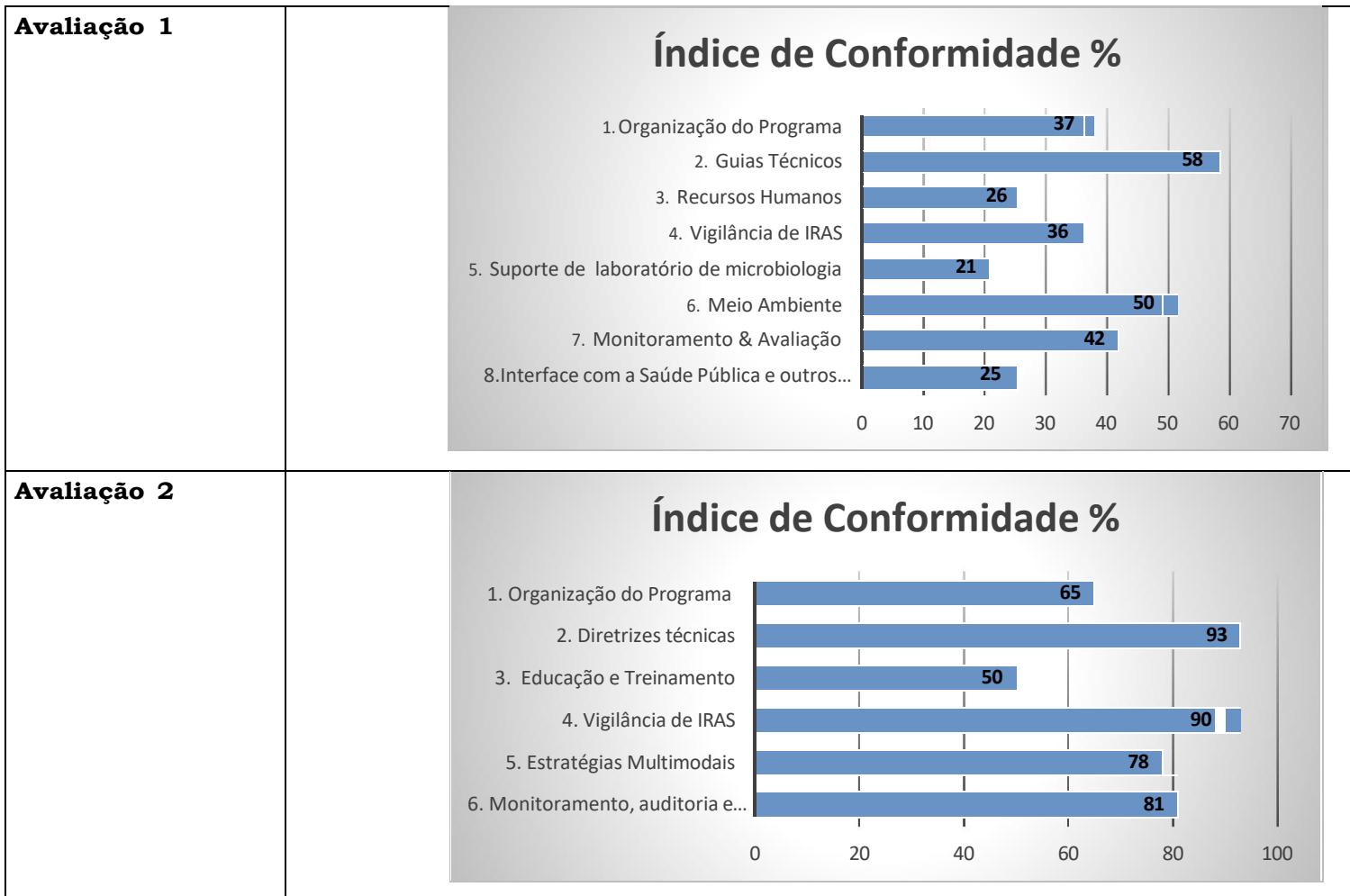
**PARAÍBA**

Avaliação 1	<h3>Índice de Conformidade %</h3> <table><tbody><tr><td>1. Organização do Programa</td><td>30</td></tr><tr><td>2. Guias Técnicos</td><td>23</td></tr><tr><td>3. Recursos Humanos</td><td>5</td></tr><tr><td>4. Vigilância de IRAS</td><td>27</td></tr><tr><td>5. Suporte de laboratório de...</td><td>7</td></tr><tr><td>6. Meio Ambiente</td><td>13</td></tr><tr><td>7. Monitoramento & Avaliação</td><td>17</td></tr><tr><td>8. Interface com a Saúde Pública e...</td><td>50</td></tr></tbody></table>	1. Organização do Programa	30	2. Guias Técnicos	23	3. Recursos Humanos	5	4. Vigilância de IRAS	27	5. Suporte de laboratório de...	7	6. Meio Ambiente	13	7. Monitoramento & Avaliação	17	8. Interface com a Saúde Pública e...	50
1. Organização do Programa	30																
2. Guias Técnicos	23																
3. Recursos Humanos	5																
4. Vigilância de IRAS	27																
5. Suporte de laboratório de...	7																
6. Meio Ambiente	13																
7. Monitoramento & Avaliação	17																
8. Interface com a Saúde Pública e...	50																
Avaliação 2 Sugerido: revisar a avaliação dos itens 4 a 6 (verificar se houve erro de digitação)	<h3>Índice de Conformidade %</h3> <table><tbody><tr><td>1. Organização do Programa</td><td>13</td></tr><tr><td>2. Diretrizes técnicas</td><td>50</td></tr><tr><td>3. Educação e Treinamento</td><td>10</td></tr><tr><td>4. Vigilância de IRAS</td><td>0</td></tr><tr><td>5. Estratégias Multimodais</td><td>0</td></tr><tr><td>6. Monitoramento, auditoria e...</td><td>0</td></tr></tbody></table>	1. Organização do Programa	13	2. Diretrizes técnicas	50	3. Educação e Treinamento	10	4. Vigilância de IRAS	0	5. Estratégias Multimodais	0	6. Monitoramento, auditoria e...	0				
1. Organização do Programa	13																
2. Diretrizes técnicas	50																
3. Educação e Treinamento	10																
4. Vigilância de IRAS	0																
5. Estratégias Multimodais	0																
6. Monitoramento, auditoria e...	0																

**PERNAMBUCO**

**PIAUÍ**

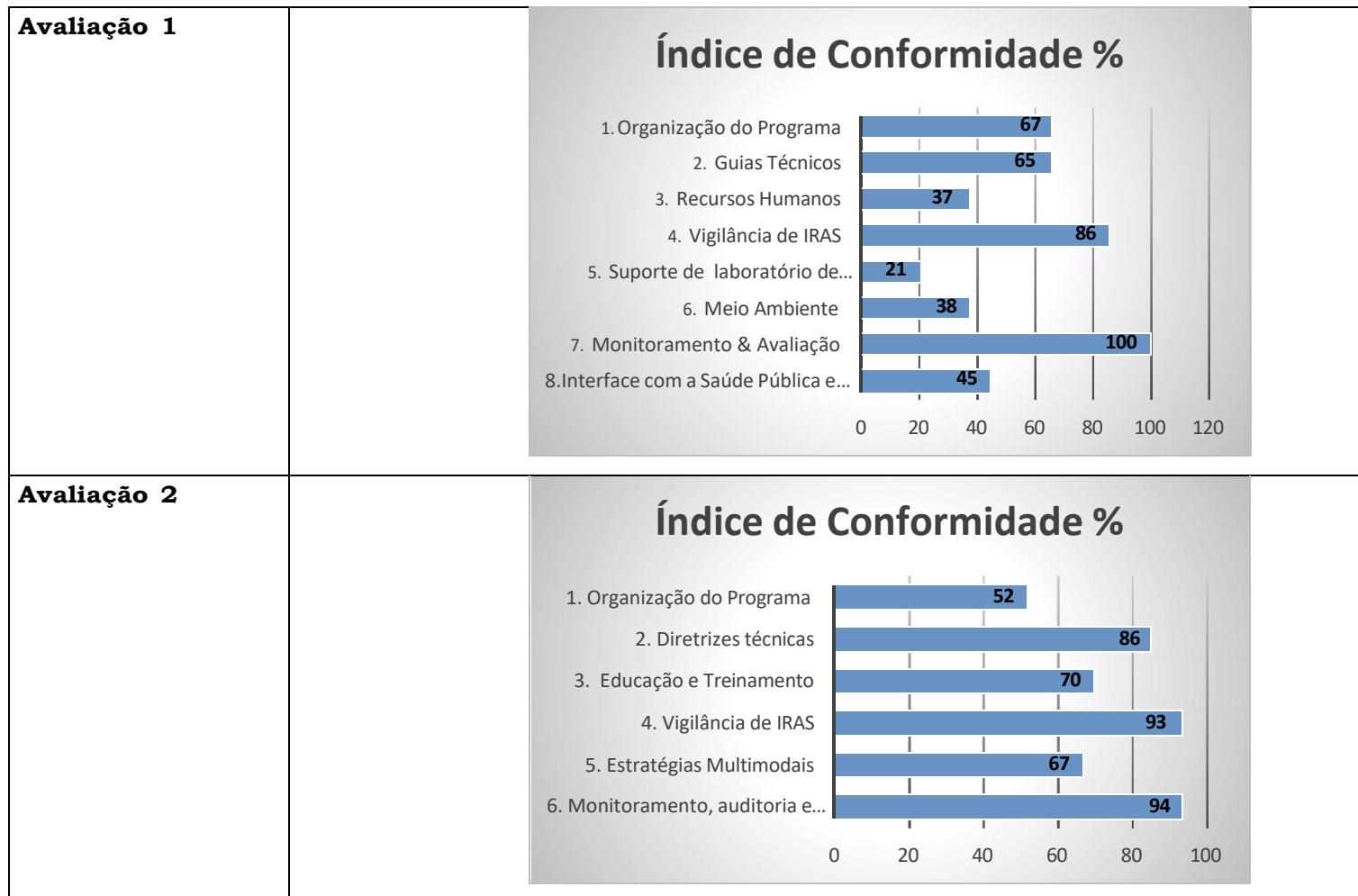
**RIO GRANDE DO NORTE**

**SERGIPE**



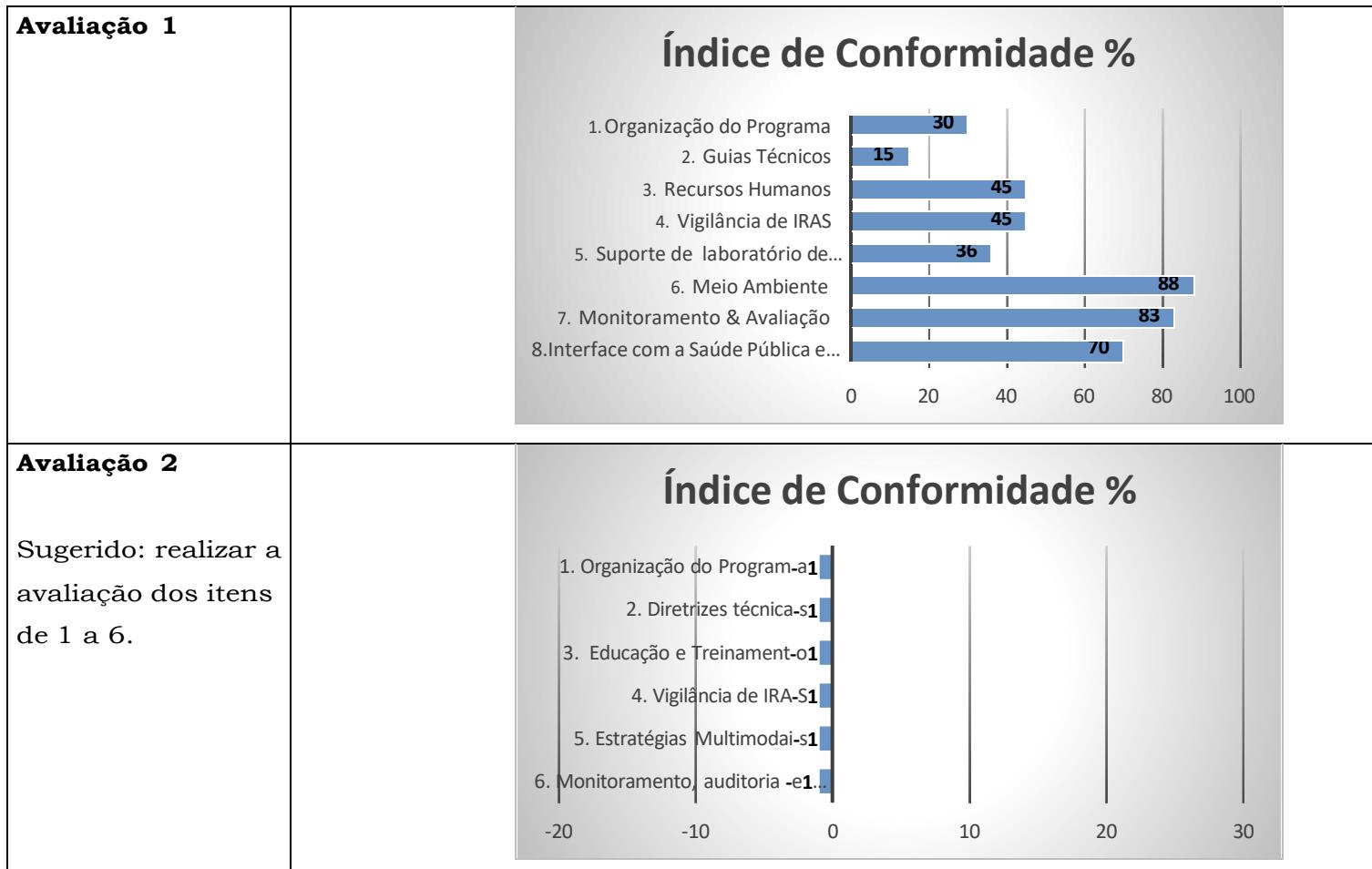
4.3.3. Região Centro-Oeste

DISTRITO FEDERAL

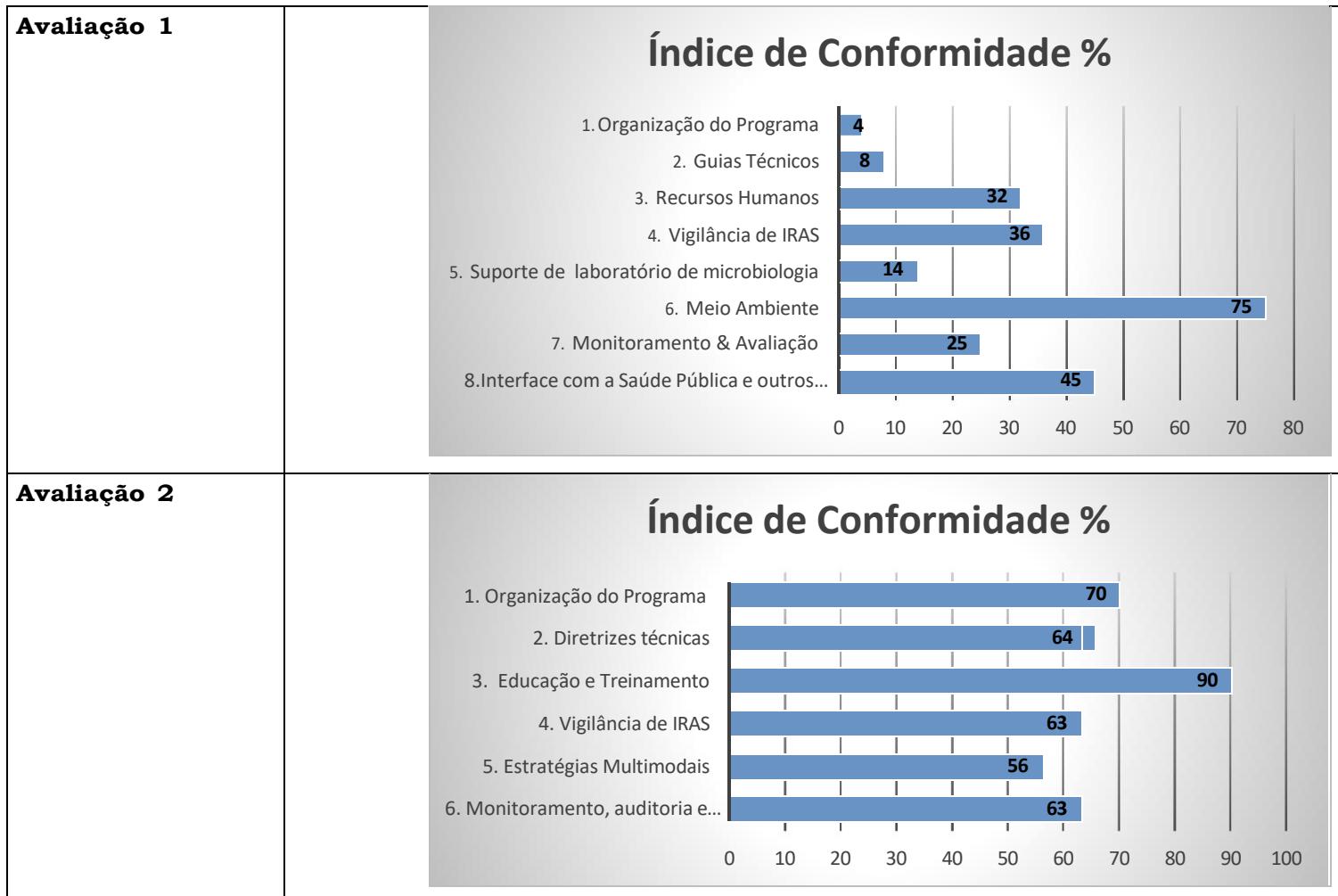


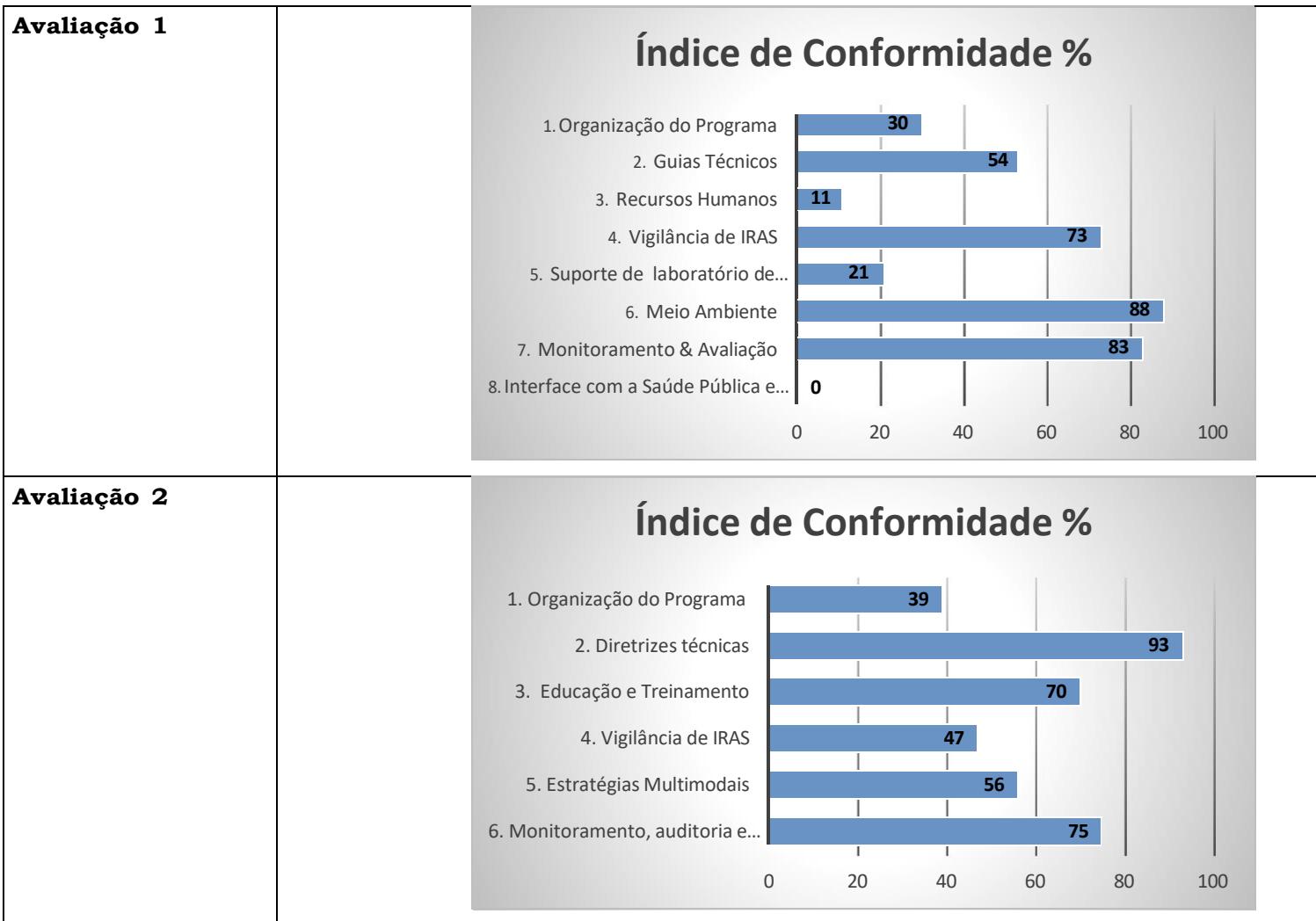


GOIÁS



OBS: Valor (-1): Significa que a avaliação não foi feita para estes componentes

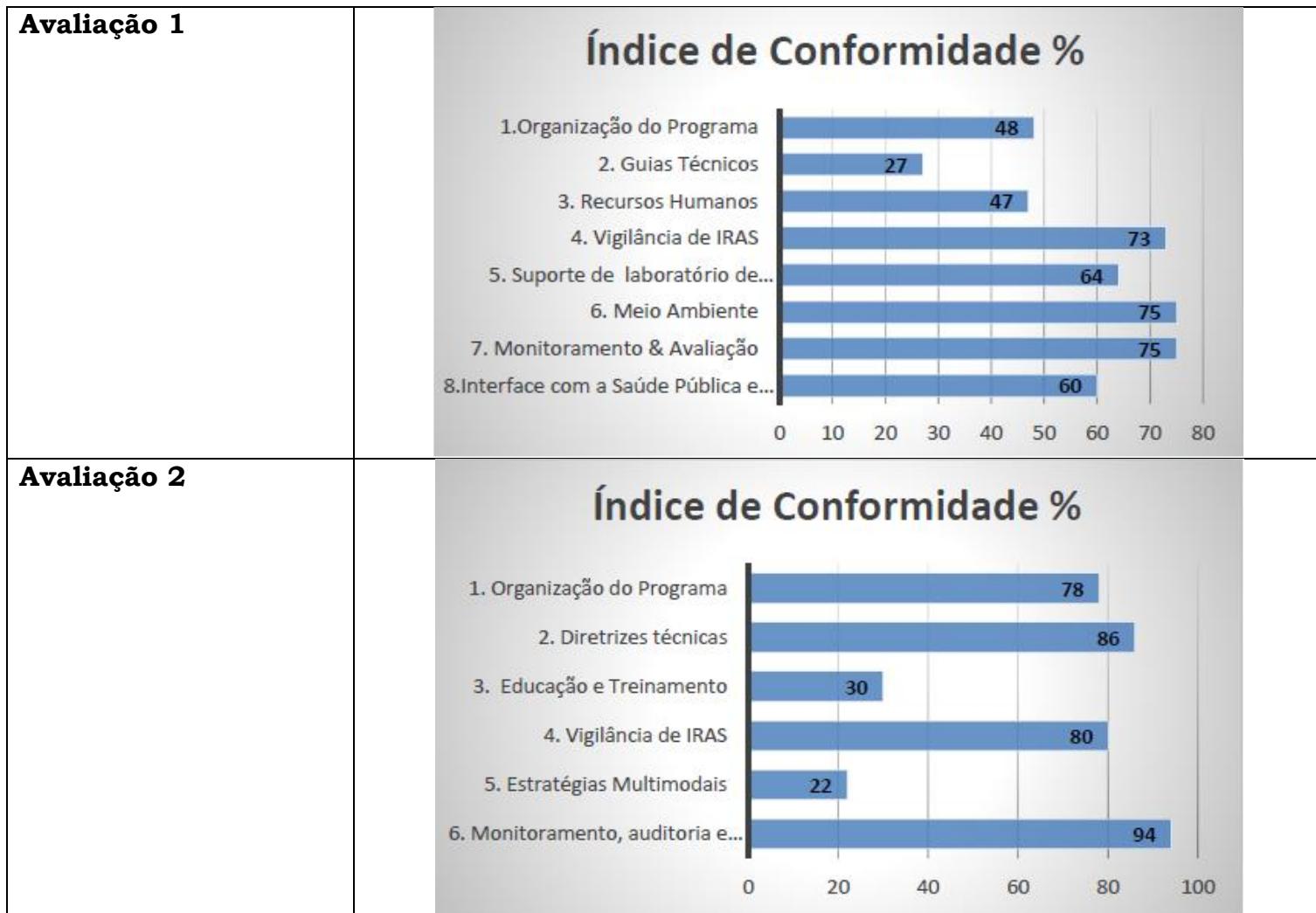
**MATO GROSSO DO SUL**

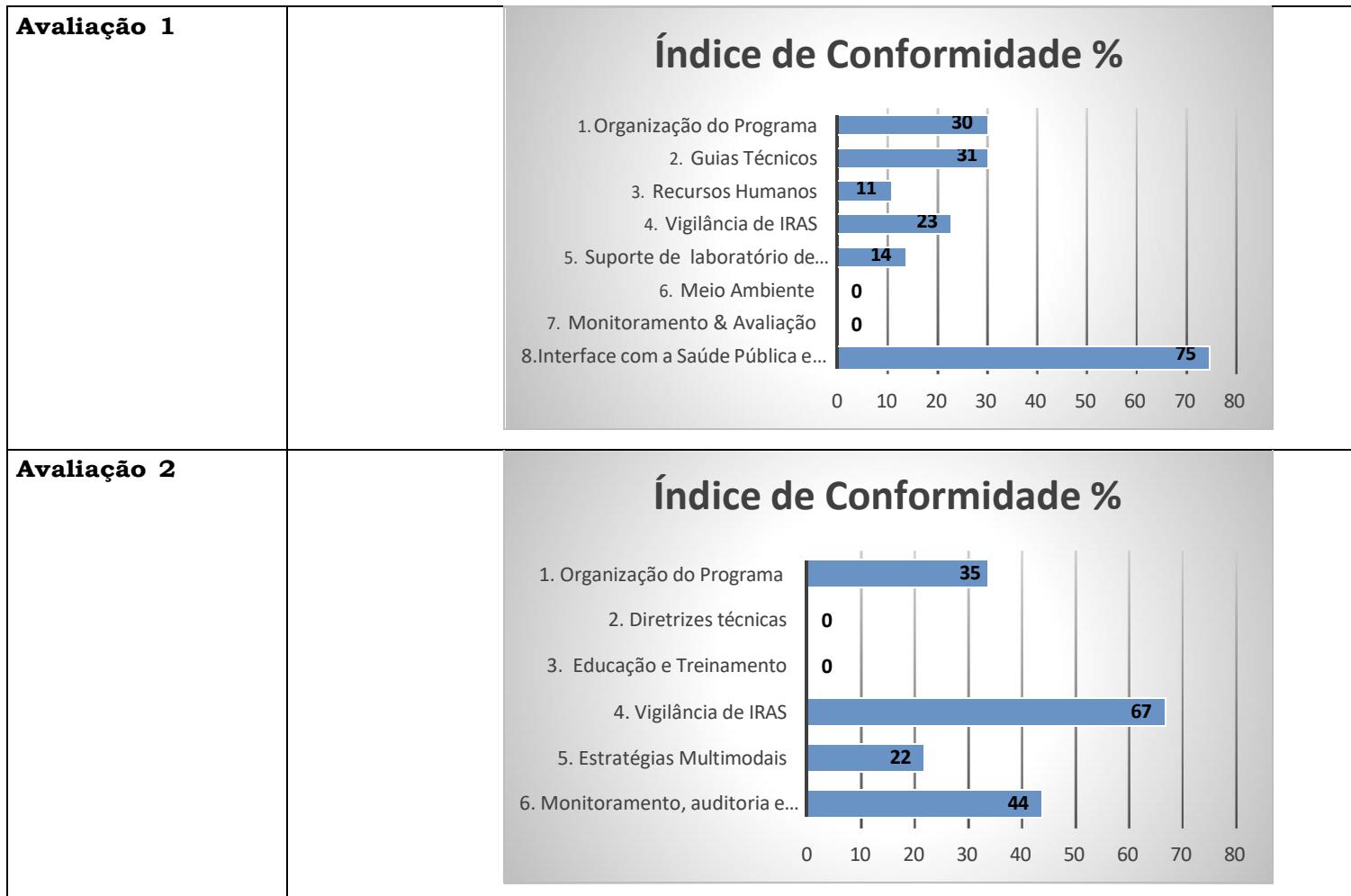
**MATO GROSSO**

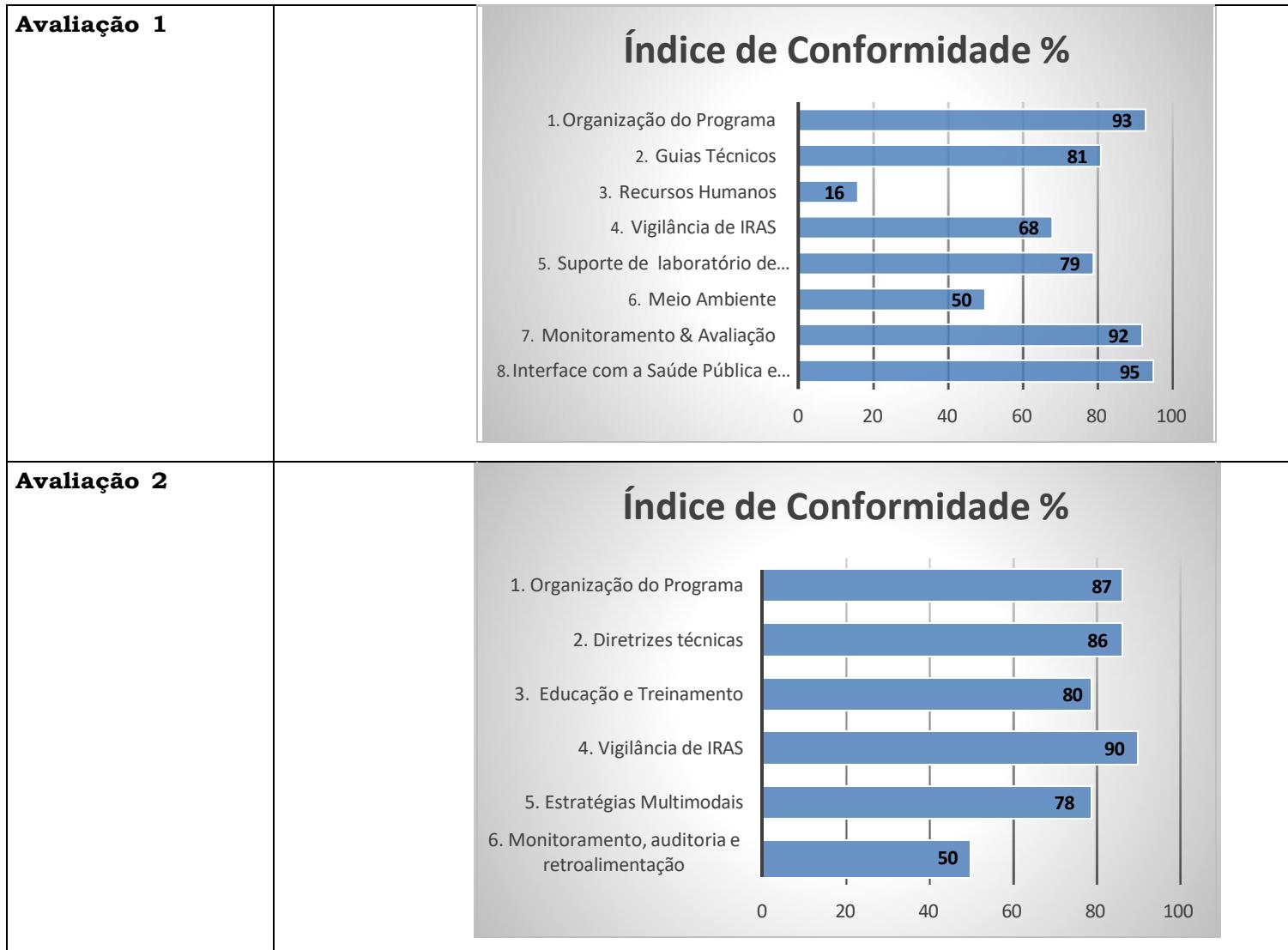


4.3.4. Região Sul

PARANÁ



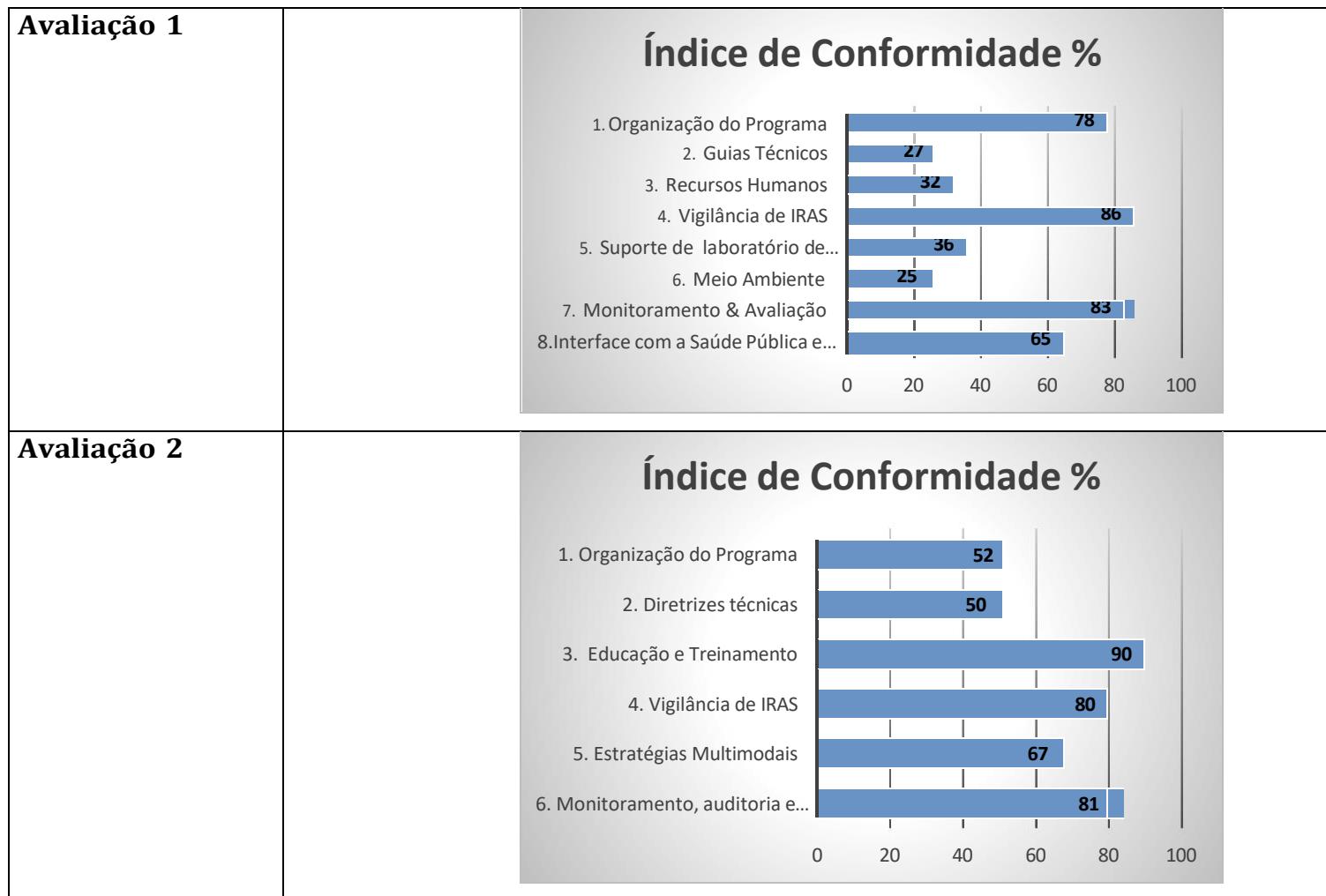
**RIO GRANDE DO SUL**

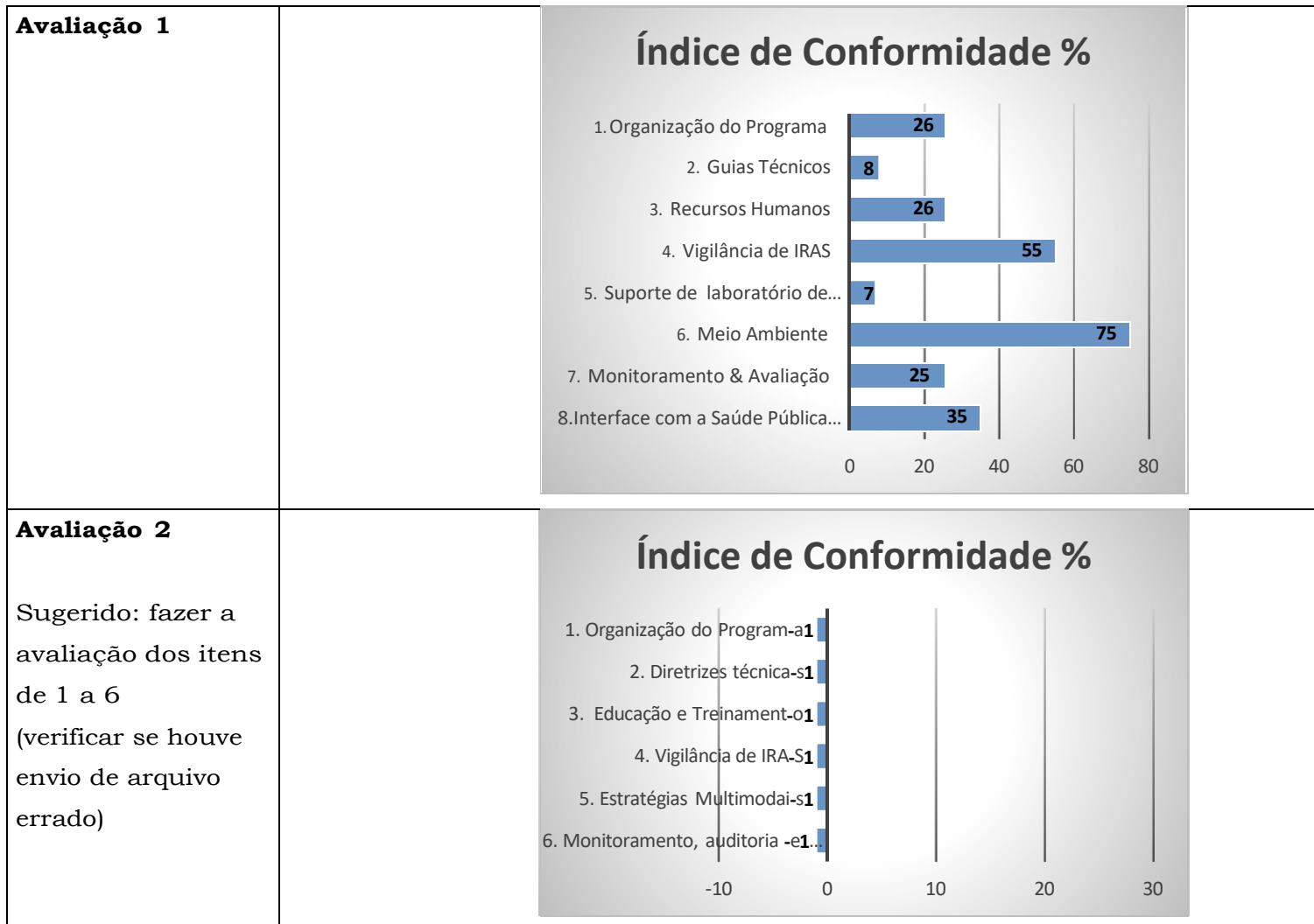
**SANTA CATARINA**



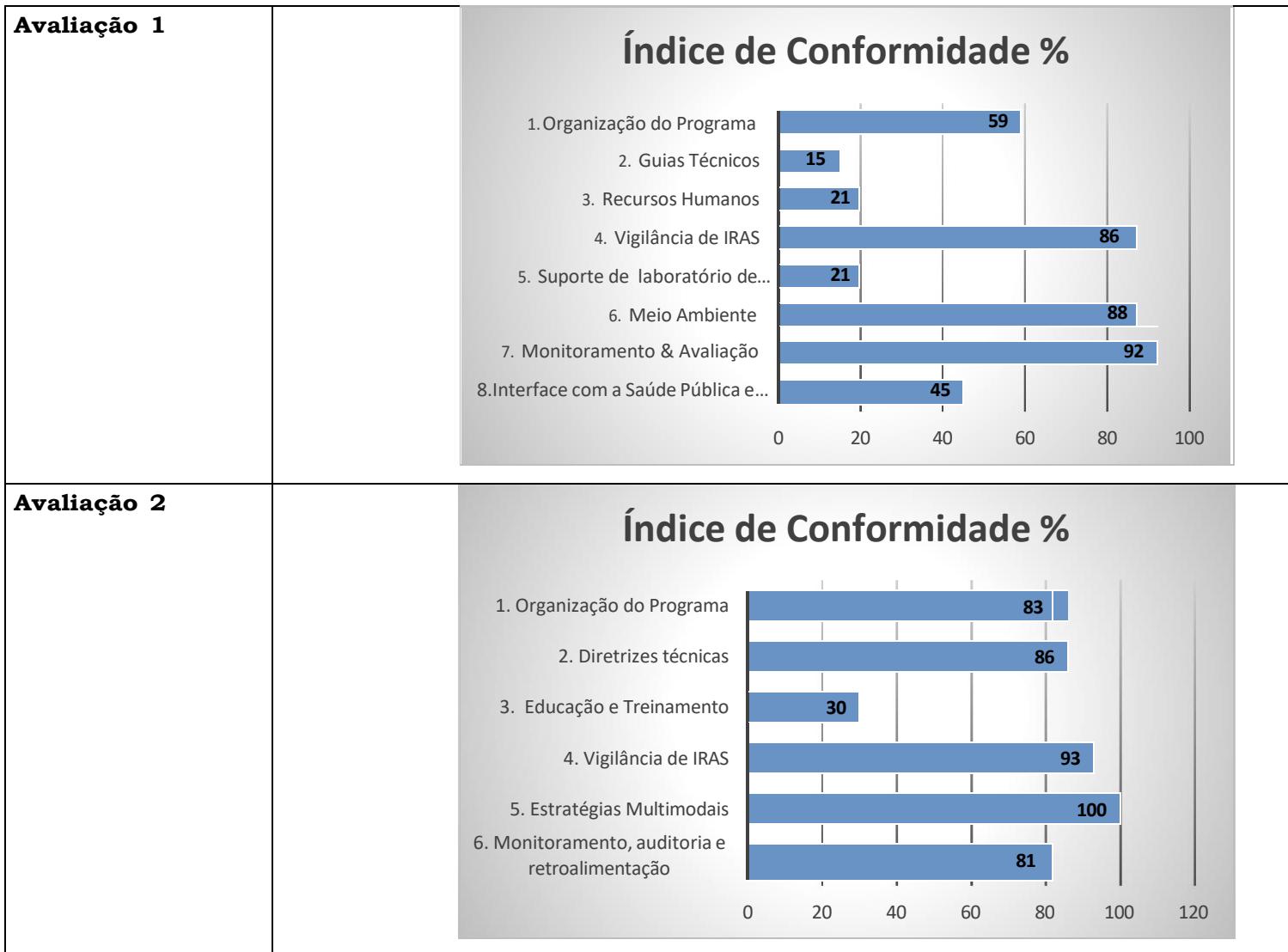
4.3.5. Região Sudeste

ESPÍRITO SANTO



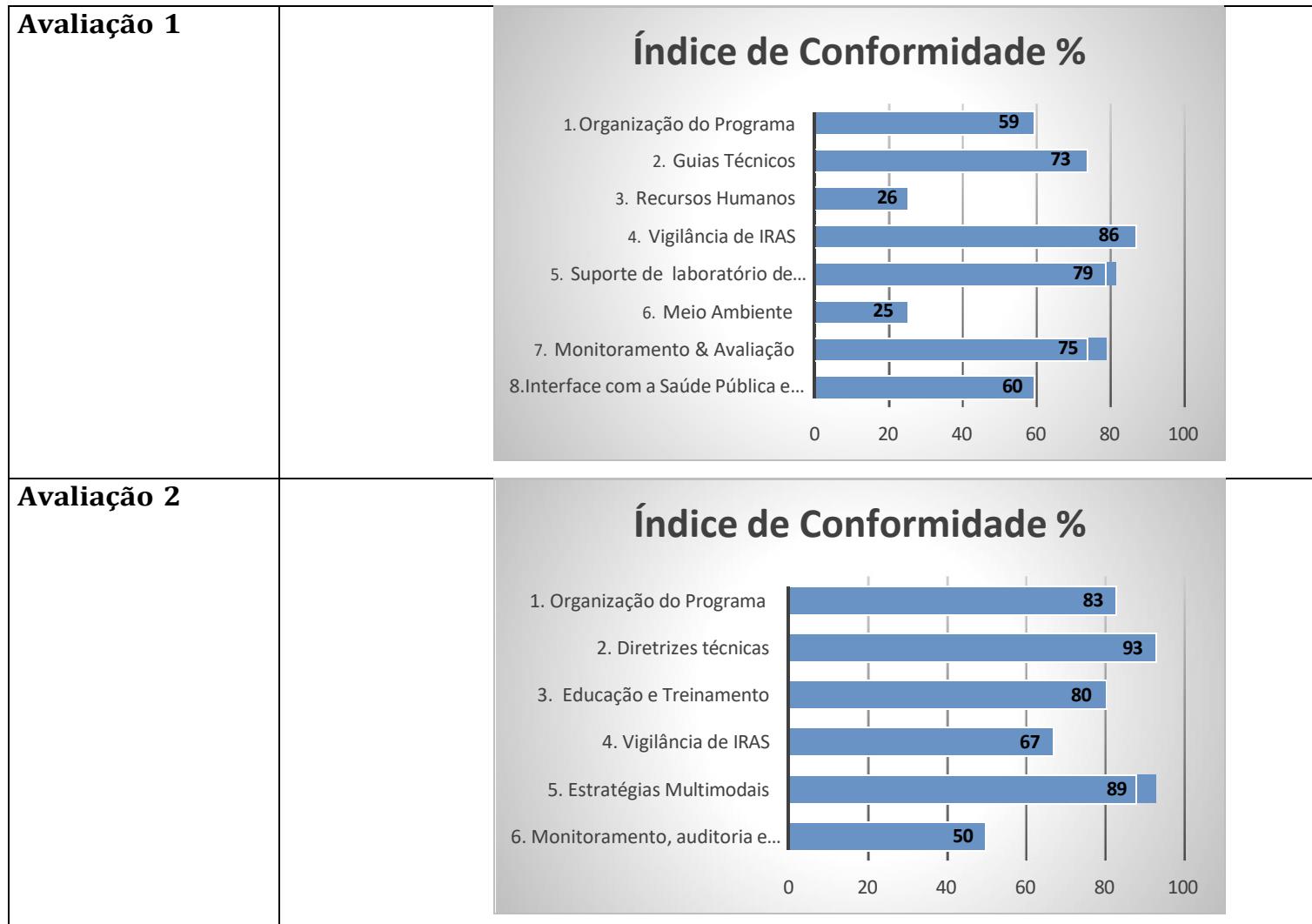
**MINAS GERAIS**

OBS: Valor (-1): Significa que a avaliação não foi feita para estes componentes

**RIO DE JANEIRO**



SÃO PAULO





Um dos resultados do *Projeto Estados em Foco* foi a classificação das CECIHs, segundo a situação no momento do seu diagnóstico nas Fases I e II. A definição para classificação das CECIHs é apresentada a seguir:

- CECIHs consolidadas. São equipes que atuam de maneira consistente há alguns anos, com vários resultados sustentados, com bom nível de organização estrutural e equipes com capacitação para o desempenho das atividades requeridas em prevenção e controle de IRAS.
- CECIHs em consolidação. São equipes iniciantes com alguns resultados sustentados ou que já atuam há alguns anos, porém sem resultados sustentados. Estas equipes ainda estão buscando uma melhor estrutura de organização ou ainda com nível intermediário de capacitação para o desempenho das atividades requeridas em prevenção e controle de IRAS. Este grupo de CECIHs tem alto potencial para grandes avanços e resultados sustentados em se mantendo as condições atuais de desempenho.
- CECIHs em implantação. São equipes muito pequenas, ou com alta rotatividade das lideranças, ou nível de capacitação insuficiente para o desempenho das atividades requeridas em prevenção e controle de IRAS, demonstrando poucos resultados sustentados.

Utilizando-se como parâmetro uma análise Avaliação 2, podemos considerar a classificação das CECIHs como apresentado no **Quadro 6**.



Quadro 6. Classificação das CECIHs* dos Estados segundo a posição consolidada, em consolidação e em implantação conforme o índice de conformidade indicado na Avaliação 2. Brasília, 2019.

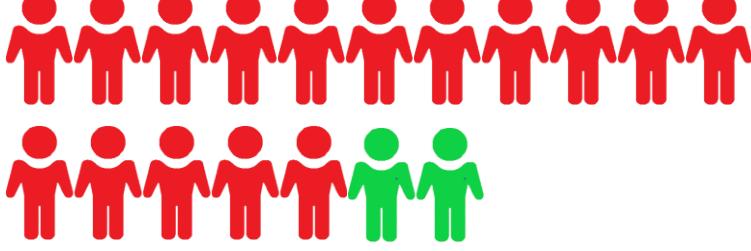
Classificação	Estados	Justificativa
Consolidadas	AM, BA, DF, ES, PA, RJ, SC, SE, SP ----- PR	média de conformidade >70% ----- média de conformidade 65%, porém com liderança e equipe estruturada e sistema de vigilância plenamente funcionante
Em consolidação	AC, MS, MT, PE ----- RN	Média de conformidade >50%<70% ----- Média de conformidade de 86%, porém com valores de conformidade da Organização do Programa abaixo de 60%.
Em implantação	AL, AP, MA, PB, PI, RO, RS, TO ----- CE*, GO*, MG*, RR*	Média de conformidade <50% ----- Sem informação de média de conformidade na avaliação 2

CECIH: Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar. *Estas CECIHs tiveram dificuldades em reportar os dados por meio da auto-avaliação dos componentes essenciais.

4.4. Planos de ação no contexto das Coordenações Estaduais de Prevenção e Controle de IRAS.

Na Fase III do Projeto Estados em Foco, foram realizadas Oficinas de Capacitação para Implementação dos Planos de Ação Estaduais para Prevenção e Controle de IRAS, que foram desenvolvidas nas regiões brasileiras. A distribuição do número de participantes nestas Oficinas por região é apresentada no **Quadro 7**.

Quadro 7. Participantes envolvidos nas Oficinas de Capacitação para Implementação dos Planos de Ação Estaduais para Prevenção e Controle de IRAS em 2018. Brasil, 2019.

Região	Número de Participantes
Sul	
Sudeste	
Centro-Oeste	
Norte	
Nordeste	



=> Membro de CECIH;



=> Membro da GVIMS



Durante as oficinas foi discutido em detalhes a ferramenta de avaliação a ser utilizada como parâmetro para identificação dos progressos e necessidades no âmbito dos Estados.

A ferramenta que a OMS tem recomendado para avaliação de programas nacionais é a *Infection Prevention and Control Assessment Tool* na sua segunda versão, publicada em 2017 (IPCAT2). O IPCAT2 fornece uma avaliação quantitativa de forma sistemática e permite acompanhar mudanças durante o tempo. Os resultados das pontuações podem ser usados para medir e monitorar o progresso na implementação dos programas de PCI. Contudo essa ferramenta não tem a finalidade de graduar programas ou compará-los. Para a sua utilização no presente projeto, uma adaptação preliminar foi feita para servir de parâmetro para avaliação das CECIHS, sem haver a intenção de graduá-las, mas no sentido de caracterizar a situação de cada estado segundo os seus progressos e necessidades.

O IPCAT2 tem uso pretendido para auto avaliação, porém também pode ser usado para avaliações externas. A auto avaliação deve ser objetiva e suficiente se o respondente entender plenamente o propósito da avaliação, que não é graduar ou estabelecer uma posição em uma classificação/ranking, mas sim identificar pontos fortes e fraquezas para efetivamente planejar e implementar melhorias. A ideia principal é que a partir da avaliação feita por essa ferramenta podem ser definidos os itens que são mais prioritários e exigem atenção especial. Contudo, é reconhecido que o Brasil ainda está desenvolvendo sua cultura de auto avaliação e nem todas as equipes possuem habilidades para desenvolver uma auto avaliação objetiva, sem ser excessivamente crítica ou leniente.

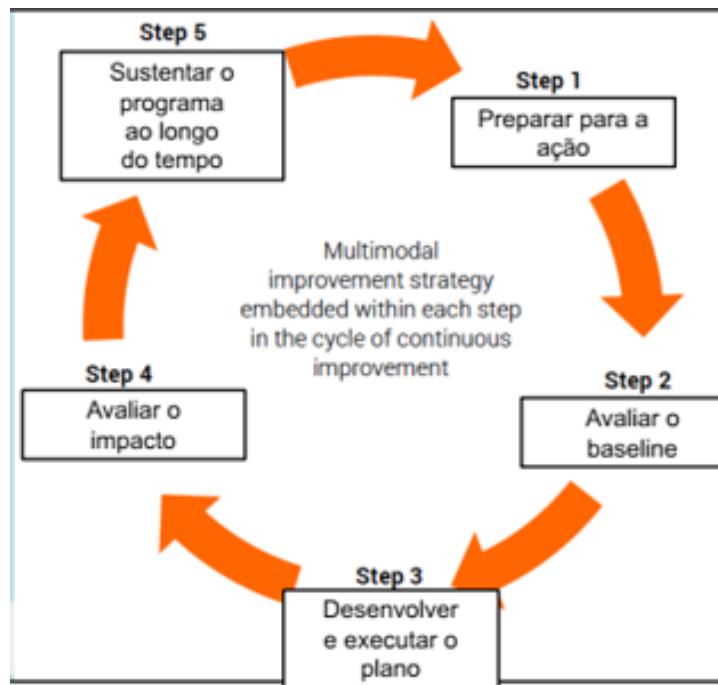


A **Figura 7** demonstra a recomendação do uso de passos para a implementação de melhorias nos programas de PCI, de acordo com a OMS. O passo 1 (*step 1*) é preparação para a ação no qual são reunidos os recursos humanos e materiais necessários para o trabalho; no passo 2 (*step 2*) realiza-se avaliação de base, por meio da ferramenta IPCAT2; no passo 3 (*step 3*) é desenvolvido e executado o plano de ação; no passo 4 (*step 4*) é feita a avaliação do impacto do plano de ação por meio de nova aplicação do IPCAT2 e por fim, o passo 5 (*step 5*) deve ser composto de ações visando sustentar o programa ao longo do tempo. É importante salientar que as ações de sustentação requerem também planos de ação para melhoria, ou seja, trata-se de um ciclo contínuo de ações. Assim, sugere-se que os próximos passos do plano de ação no âmbito nacional considerem os resultados obtidos no Projeto Estados em Foco, como parte de ciclo contínuo de implementação e melhoria.

Em todas as etapas a OMS recomenda que seja utilizada a estratégia multimodal, pois ela representa o componente dinâmico do processo. A estratégia multimodal da OMS compreende 5 elementos: 1) mudança de sistema; 2) treinamento e educação; 3) monitoramento e retroalimentação; 4) lembretes e comunicações; 5) cultura de segurança. A estratégia multimodal representa o elemento dinâmico do sistema, sendo a forma ideal de encaminhar o programa. Os membros da equipe devem se transformar em “pensadores multimodais” e pensar o desenvolvimento do programa por meio da “lente multimodal”.

Durante as Oficinas realizadas com os Estados, verificou-se a necessidade de aprofundar nas discussões sobre como melhor aplicar as estratégias multimodais.

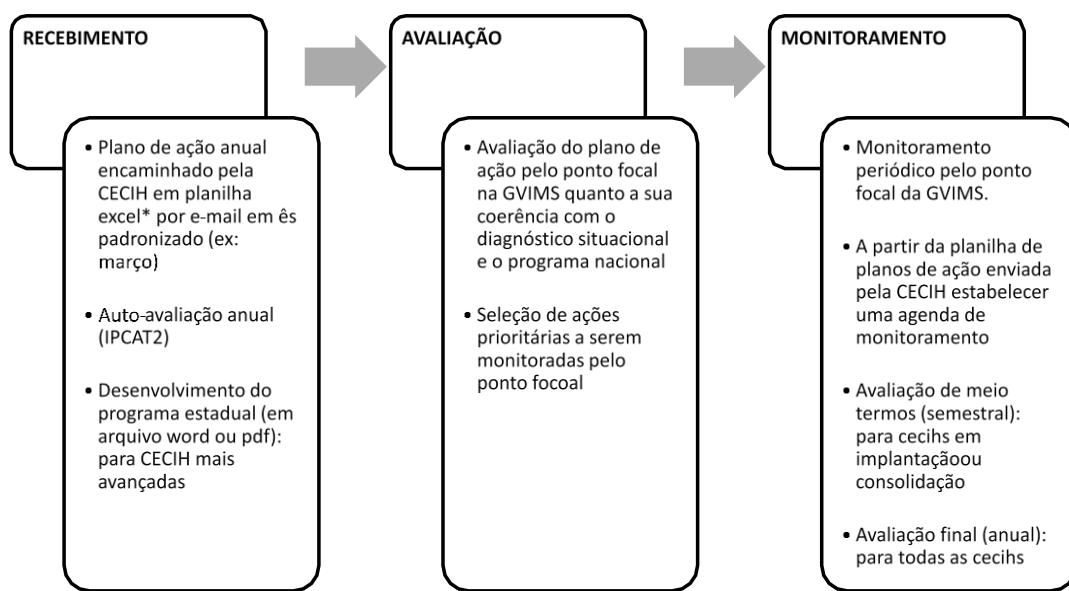
Figura 7. Representação gráfica do modelo de 5 passos sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para implementação dos programas de prevenção e controle de infecções relacionadas a assistência à saúde. Fonte: OMS, 2017. (8)



Visando o contínuo aprimoramento e desenvolvimento das ações, durante as Oficinas foram apresentados os novos componentes essenciais e juntamente com as discussões sobre as necessidades de adaptação do IPCAT2 para uso nos Estados. Por fim, foram apresentadas as etapas que serão regularmente percorridas com relação aos planos de ação Estaduais que serão encaminhados a GVIMS, apresentadas de forma resumida na **Figura 8**.



Figura 8. Representação esquemática das etapas desenhadas para o modelo de monitoramento dos planos de ação estaduais de prevenção e controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, por parte da Anvisa. Brasil, 2019.



5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Conclui-se que o Projeto Estados em Foco demonstrou ser uma potente estratégia para alcançar progressos nos Estados e para promover a sustentabilidade do Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS.

O Projeto Estados em Foco pode ser compreendido como uma iniciativa que estimula a cooperação entre os níveis da federação, para o alcance de resultados de prevenção de IRAS.

É importante salientar os limites da síntese e comparação feita no presente relatório, uma vez que as ferramentas e métodos utilizados na Avaliação 1 e Avaliação 2 não foram idênticos.



Algumas recomendações são apontadas a seguir para serem desenvolvidas no âmbito da GVIMS em relação aos Estados:

- Solicitar que as CECIHs fiquem atentas para o preenchimento adequado das auto-avaliações periódicas, considerando que alguns Estados não tiveram os dados de sua segunda avaliação. Contudo, essa atividade de auto-avaliação poderá ser realizada no cadastro das CECIHs em 2019.
- Discutir os resultados da auto avaliação individualmente com as CECIHs, para identificar as possíveis falhas de entendimento da ferramenta de avaliação e para identificar pontos que requerem o apoio da GVIMS para as ações nos Estados.
- Estimular a cultura de avaliação, com pelo menos uma auto-avaliação anual usando a ferramenta IPCAT2 adaptada para os Estados (IPCAT2- AE, fornecida em relatório anterior).
- Promover treinamentos periódicos, com foco em tópicos que possam dar seguimento aos temas já discutidos, aprofundando os conhecimentos para uso de ferramentas de gestão e das estratégias multimodais.
- Desenvolver ações periódicas de avaliações externas utilizando a ferramenta IPCAT2 adaptada para os Estados, a fim de promover um processo continuo de educação para a cultura de avaliação.
- Promover oportunidades de troca de experiências entre as CECIHs, para criar um grupo de apoio mútuo e influência positiva.
- Desenvolver estratégias para disseminação dos resultados favoráveis obtidos nos Estados e no plano nacional.

6. AGRADECIMENTOS

Agradecimentos especiais para os membros da GVIMS que colaboraram para a obtenção dos dados coletados nas avaliações aqui apresentadas.



7. REFERÊNCIAS

1. 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.
2. WHO. World Health Organization. Core components for infection prevention and control programmes: Report of the Second Meeting Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care. Geneva, Switzerland. 26–27 June 2008. WHO: Geneva, 2009. 33p.
3. WHO. World Health Organization. Core components for infection prevention and control programmes. Assessment tools for IPC programmes. Geneva: World Health Organization, 2011. WHO/HSE/GAR/BDP/2011.3.
- 37 p. Available in:
http://www.who.int/csr/resources/publications/HSE_GAR_BDP_2011_3/en. [cited 30/05/2015].
4. WHO. World Health Organization. Instructions for the national infection prevention and control assessment tool 2 (IPCAT2). Update July 2017. World Health Organization: 2013. 23p.
5. 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.
6. WHO. World Health Organization. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. 2016. 91p. Available in: www.who.int [cited in 14/05/2017].
7. Cardo D, Dennehy PH, Halverson P, Fishman N, Kohn M, Murphy CL, et al. Moving toward elimination of healthcare-associated infections: a call to action. *Infect Control Hosp Epidemiol*.



2010;31(11):1101-5.

8. WHO. World Health Organization. Interim Practical Manual supporting national implementation of the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes. World Health Organization: 2017. 77p.



APÊNDICE: Registro fotográfico das visitas da Projeto Estados em Foco: Avaliação 1, 2015-2016.

ACRE



ALAGOAS





AMAPÁ



AMAZONAS





BAHIA



CEARÁ





DISTRITO FEDERAL



ESPÍRITO SANTO





GOIÁS



MATO GROSSO





MATO GROSSO DO SUL



MARANHÃO





MINAS GERAIS



PARÁ





PARAÍBA



PARANÁ





PERNAMBUCO



PIAUÍ





RIO GRANDE DO NORTE



RIO GRANDE DO SUL





RIO DE JANEIRO



RONDÔNIA





RORAIMA



SERGIPE





SANTA CATARINA



SÃO PAULO



**Atuaram como avaliadores externos na Avaliação 1:**

Profa. Dra. Maria Clara Padoveze

Prof. Dr. Cassimiro Nogueira Junior (1)

Enf. Mestre Christian Emmanuel da Silva Pelaes (1)

Profa. Dra. Débora Silva de Mello (1)

(1) Pós graduados pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo