

**RELATÓRIO SOBRE O CADASTRAMENTO
DAS COORDENAÇÕES MUNICIPAIS DE
CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR -
CMCIH – 2010/2012**

Brasília, Maio de 2012



Diretores:

Dirceu Brás Aparecido Barbano

Diretor-Presidente

Jaime Cesar de Moura Oliveira

Diretor

José Agenor Álvares da Silva

Diretor

Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES

Gerente Geral: Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS

Gerente: Magda Machado de Miranda Costa

Equipe Técnica:

Ana Clara Bello

André Anderson Carvalho

Carlos Dias Lopes

Fabiana Cristina de Sousa

Heiko Thereza Santana

Karla de Araújo Ferreira

Magda Machado de Miranda Costa

Suzie Marie Gomes

Endereço: SIA trecho 05 lote 200, área especial 57, Bloco D, 2º andar, Brasília – DF.

e-mail: ggtes@anvisa.gov.br

Tel.: (61) 3462-4014 / Fax: (61) 3462-6895

INTRODUÇÃO

A Portaria MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998 determina a obrigatoriedade da existência em todos os municípios brasileiros das Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar (CMCIH).

Às Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar, compete:

- 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 à 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.

Porém, não se sabe ao certo quantos municípios brasileiros contam com o trabalho dessas CMIH e como estão estruturadas as CMCIH já atuantes.

Desta forma, a Anvisa disponibilizou um formulário eletrônico em Fevereiro de 2010 para que Secretários Municipais de Saúde informassem sobre a situação de seus municípios. Esse Relatório traz um apanhado dos dados contidos nos formulários preenchidos até o dia 20/04/2012.

É importante ressaltar que o link de acesso ao formulário eletrônico ainda continua disponível para que outras Coordenações possam ser cadastradas.

METODOLOGIA

No dia 24/02/2010, o formulário eletrônico foi disponibilizado no endereço eletrônico: http://formsus.datasus.gov.br/admin/aplicacao.php?acao=alterar&id_aplicacao=5827 para que os Secretários Municipais de Saúde repassassem informações acerca da estruturação das Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar - CMCIH.

RESULTADOS

Até o dia 20/04/2012 foram preenchidos 53 formulários eletrônicos. O gráfico 1 mostra a distribuição das CMCIH cadastradas por Unidade da Federação (UF).

É importante destacar a grande quantidade de CMCIH cadastradas no Estado do Ceará (29).

Das 53 CMCIH cadastradas 24 informaram ainda não serem formalizadas, ou seja, desenvolvem suas ações sem ato normativo que as respalde.

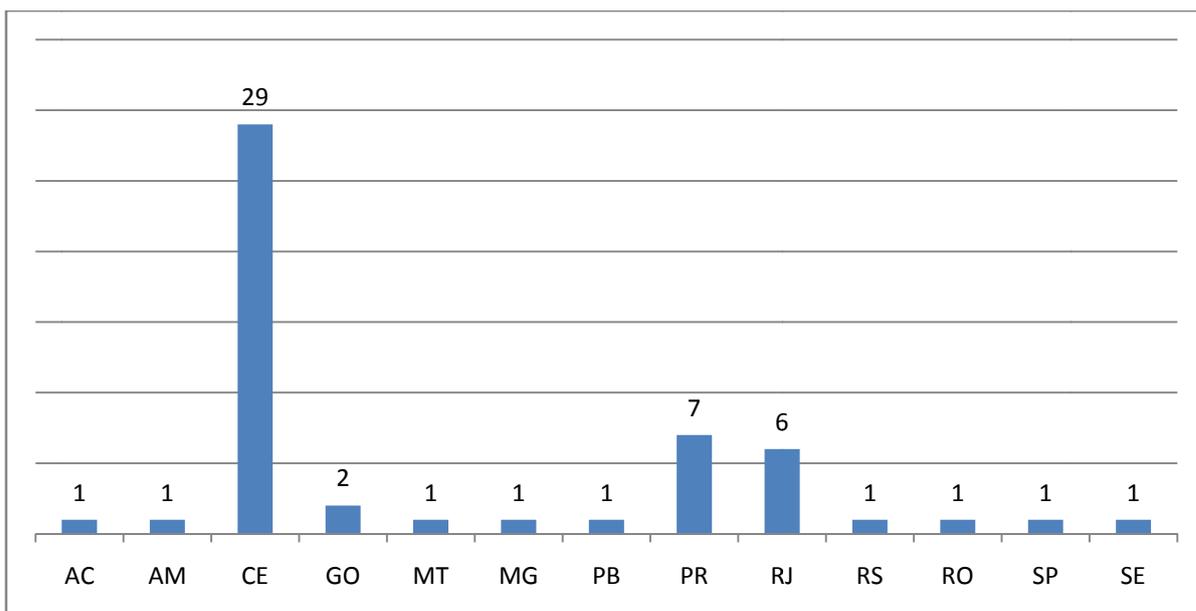


Gráfico 1: Distribuição das CMCIH por UF

O gráfico 2 mostra que a estrutura das CMCIH dos municípios está ligada em 24% (13) à Vigilância em Saúde, 15% (8) à Vigilância Sanitária, 8% (4) à Vigilância Epidemiológica, apenas 2% (1) está ligada diretamente ao Secretário Municipal de Saúde e 51% (27) dos formulários estavam com essa questão em branco (vazias).

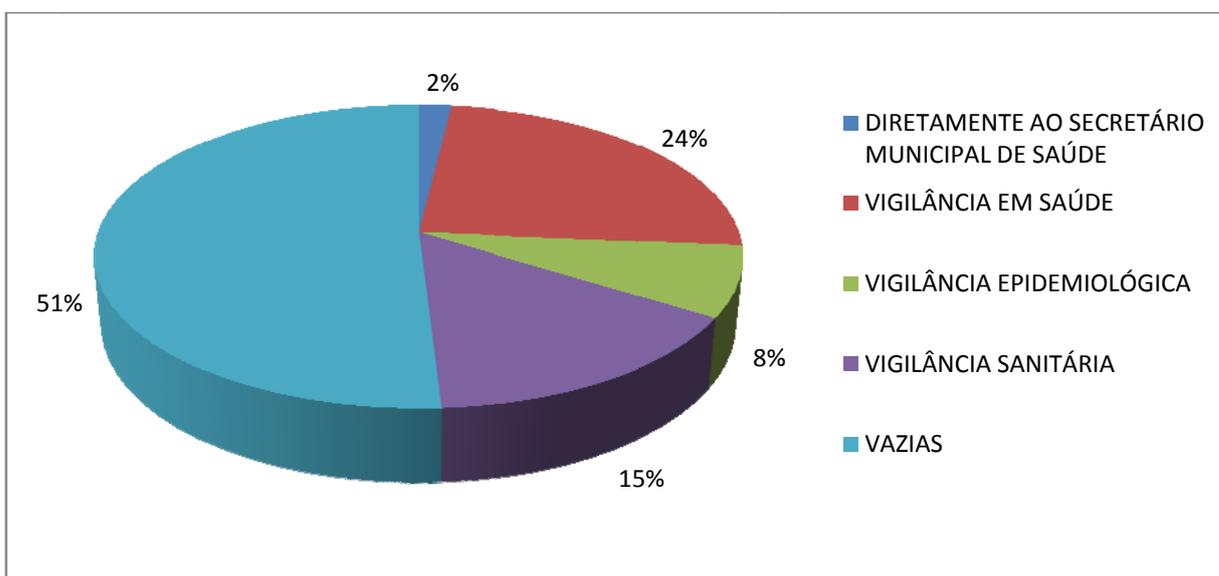


Gráfico 2: Vinculação da CMCIH na Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação à escolaridade do Coordenador Municipal da CMCIH, 26% (14) possuem ensino superior com especialização, 13% (7) possuem ensino superior, 8% (4) possuem ensino superior e mestrado e 51% (27) dos formulários estavam com essa questão em branco (vazias). (Gráfico 3).

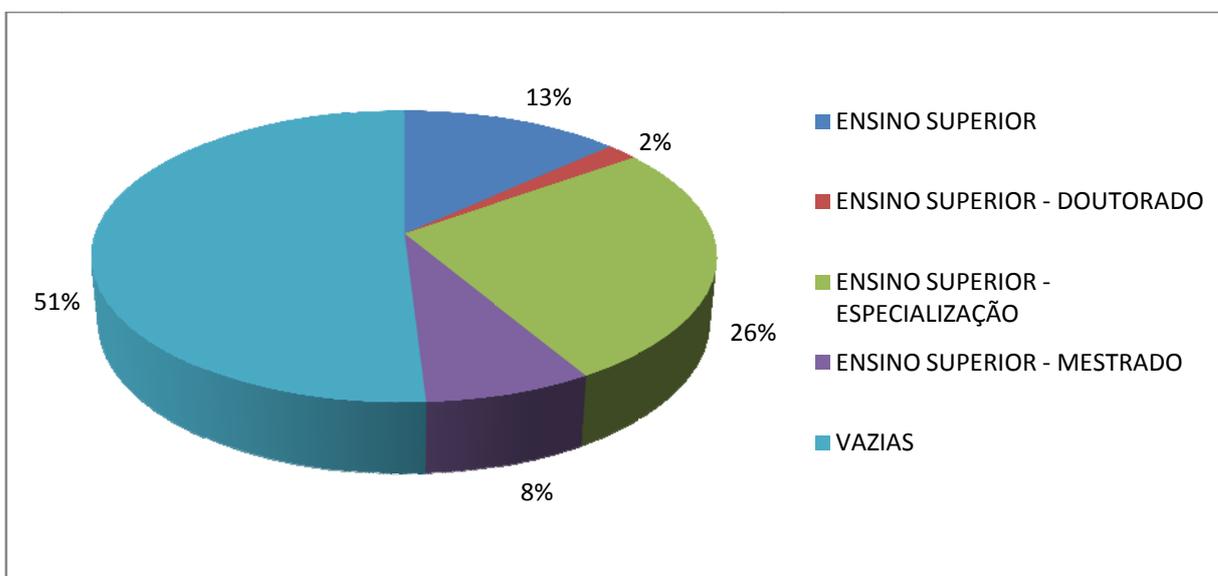


Gráfico 3: Grau de escolaridade do coordenador da CMCIH.

Em relação ao vínculo profissional do Coordenador Municipal da CMCIH, o Gráfico 4 indica que 30% (16) são servidores públicos de carreira (concurado), 19% (10) são servidores públicos temporários (contrato temporário ou cargo de livre nomeação), e 51% (27) dos formulários estavam com essa questão em branco (vazias).

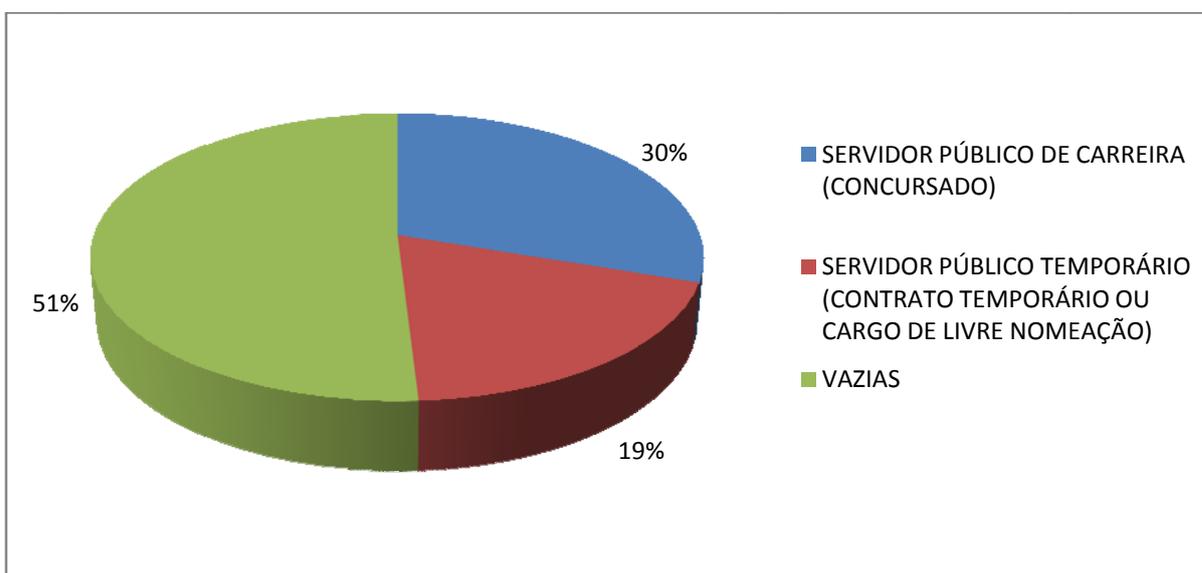


Gráfico 4: Vínculo profissional do coordenador da CMCIH.

O gráfico 5 mostra que, quanto à carga horária do Coordenador Municipal da CMCIH, 42% (11) trabalham 8 horas/dia, 19% (5) trabalham 4h/dia, outros 19% (5) trabalham outros períodos (2 formulários: 40h, 1 formulário: 20h, 1 formulário: 2h e 1 formulário: em branco), 16% (4) trabalham 6 horas/dia e apenas 4% (1) trabalha 12h/dia.

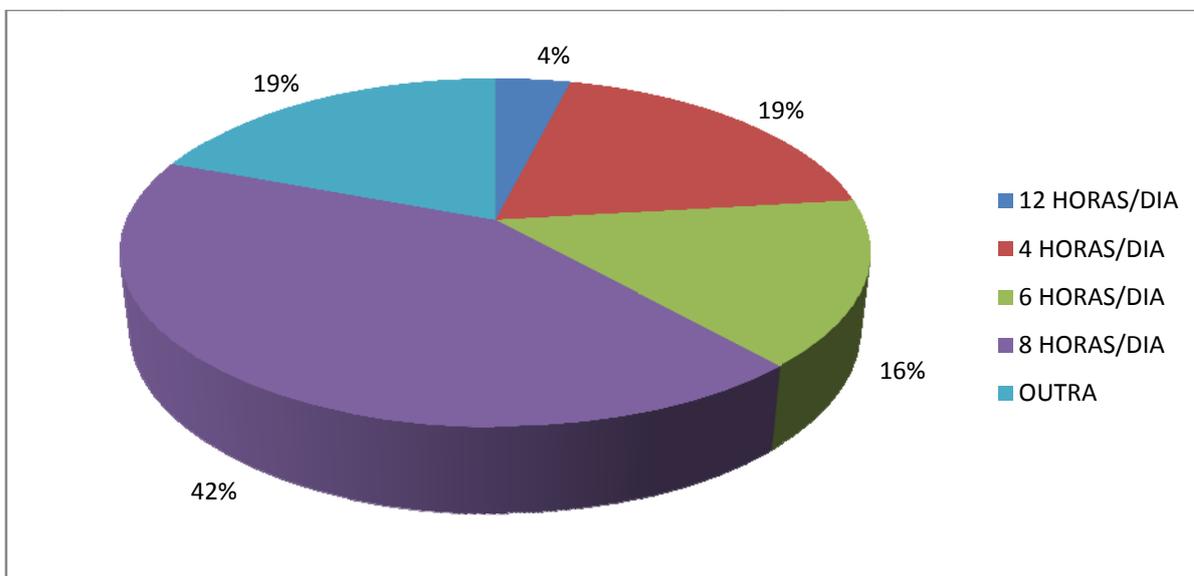


Gráfico 5: Carga horária do Coordenador da CMCIH.

Em relação ao número de profissionais que atuam nas Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar foi informado que 2 CMCIH possui apenas 1 profissional para desenvolver as ações de coordenação do Município e apenas 3 CMCIH possui mais de 10 profissionais atuantes. 28 formulários estavam com essa questão em branco (vazias). (Gráfico 6).

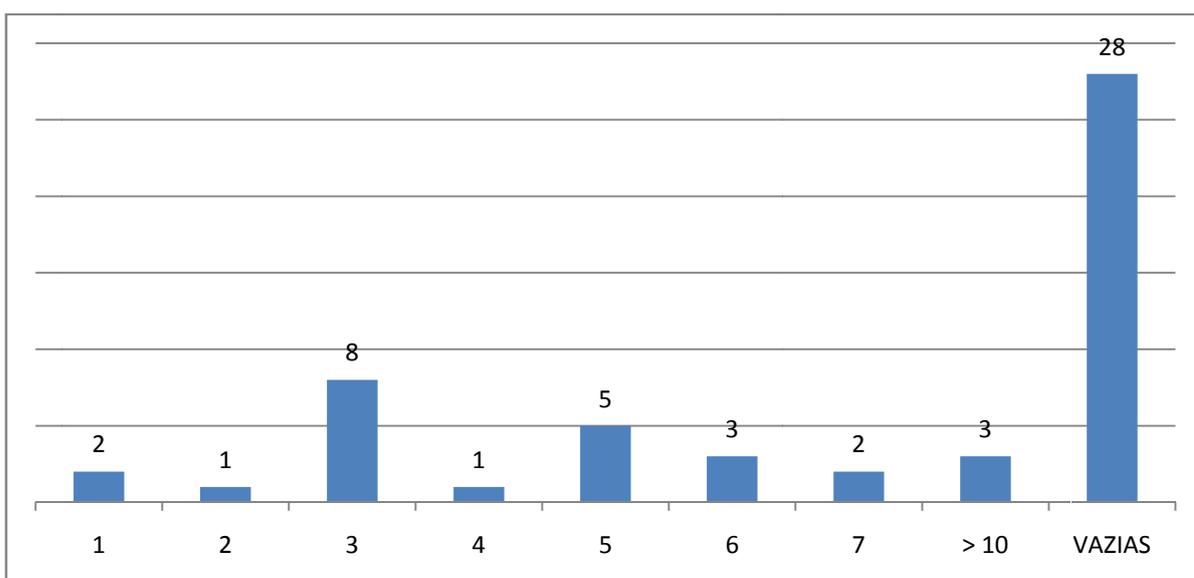


Gráfico 6: Número de profissionais de nível superior que atuam nas CMCIHs.

O Gráfico 7 demonstra o número de profissionais de nível médio que atuam nas CMCIHs que responderam ao formulário. 13 CMCIHs não contam com profissionais de nível médio (0), 6 CMCIH possui apenas 1 profissional em seu quadro, 3 Coordenações contam com 2 colaboradores, 1 CMCIH possui 3 profissionais de nível médio e 30 formulários estavam com essa questão em branco (vazias).

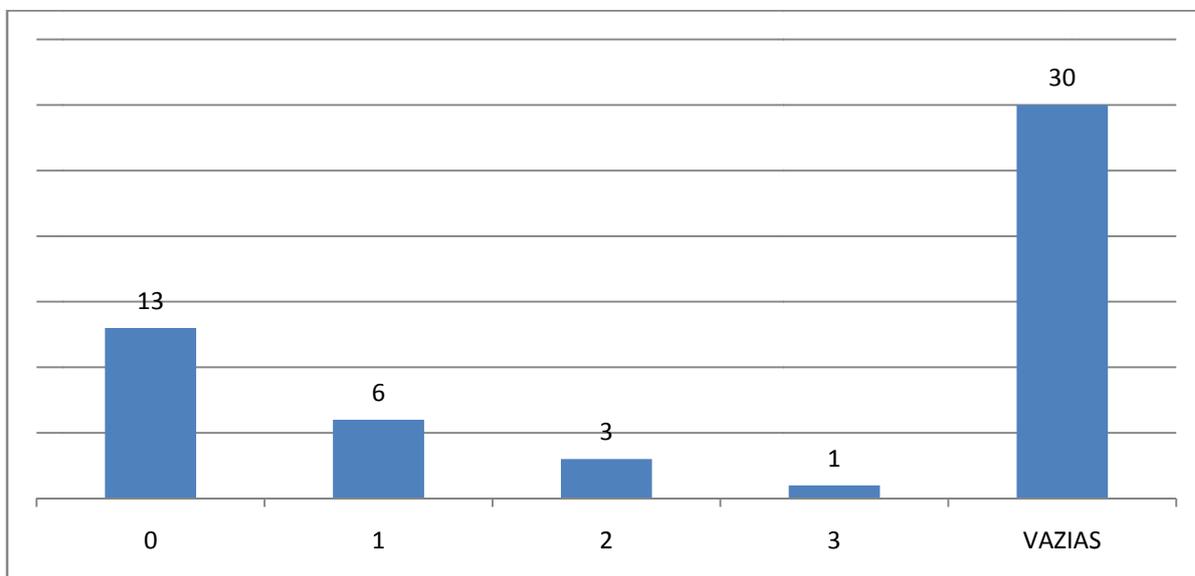


Gráfico 7: Número de profissionais de nível médio que atuam nas CMCIHs.

Quanto à infraestrutura das CMCIHs, foi informado que 41% (22) das CMCIH não possui sala própria para o desenvolvimento de suas atividades. Apenas 8% (4) já possuem sala própria e 51% (27) dos formulários estavam com essa questão em branco (vazias), conforme mostra o Gráfico 8.

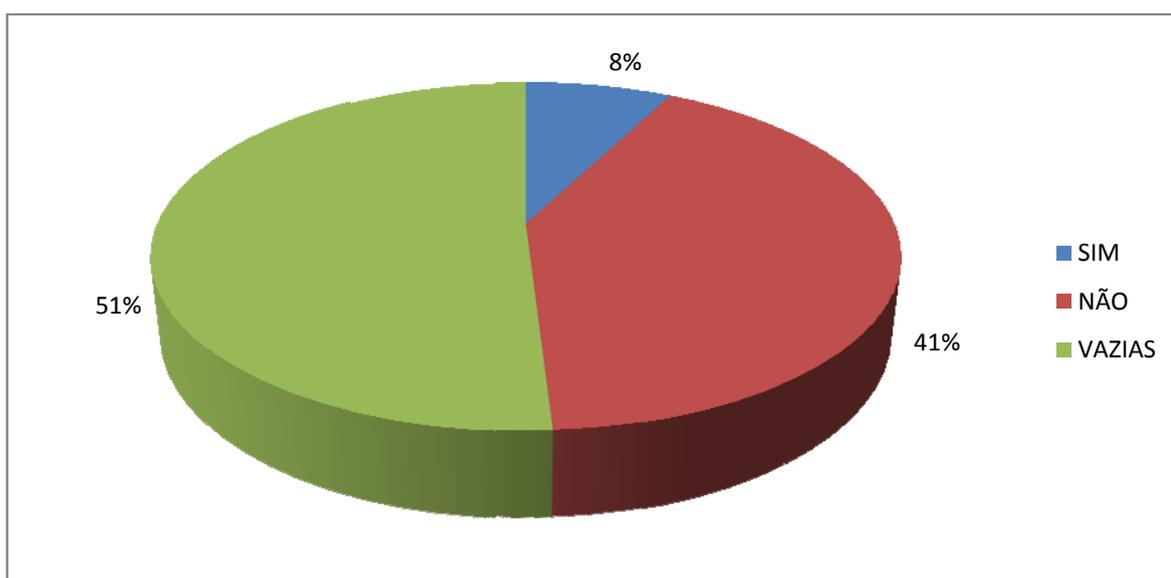


Gráfico 8: Infraestrutura da CMCIH: sala própria para a CMCIH.

O gráfico 9 mostra que, quanto ao número de computadores disponíveis para utilização pelas CMCIHs, 28% (15) não possuem computadores, 15% (8) possui 1 computador para a Coordenação, 4% (2) possui 3 computadores e 53% (28) formulários estavam com essa questão em branco (vazias).

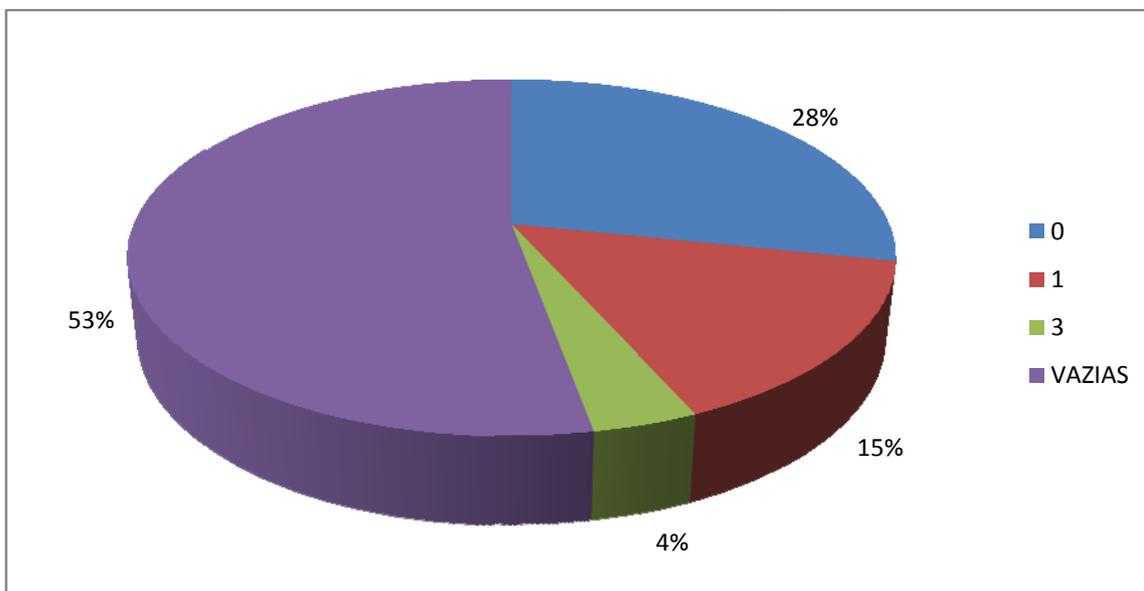


Gráfico 9: Infraestrutura da CECIH: número de computadores disponíveis para a CECIH.

Em relação ao acesso à internet pelas CMCIH, 36% (19) informaram que os computadores possuem acesso à internet banda larga, 9% (5) utiliza internet fora da CMCIH, 2% (1) não tem acesso à internet e 53% (28) dos formulários estavam com essa questão em branco (vazias).

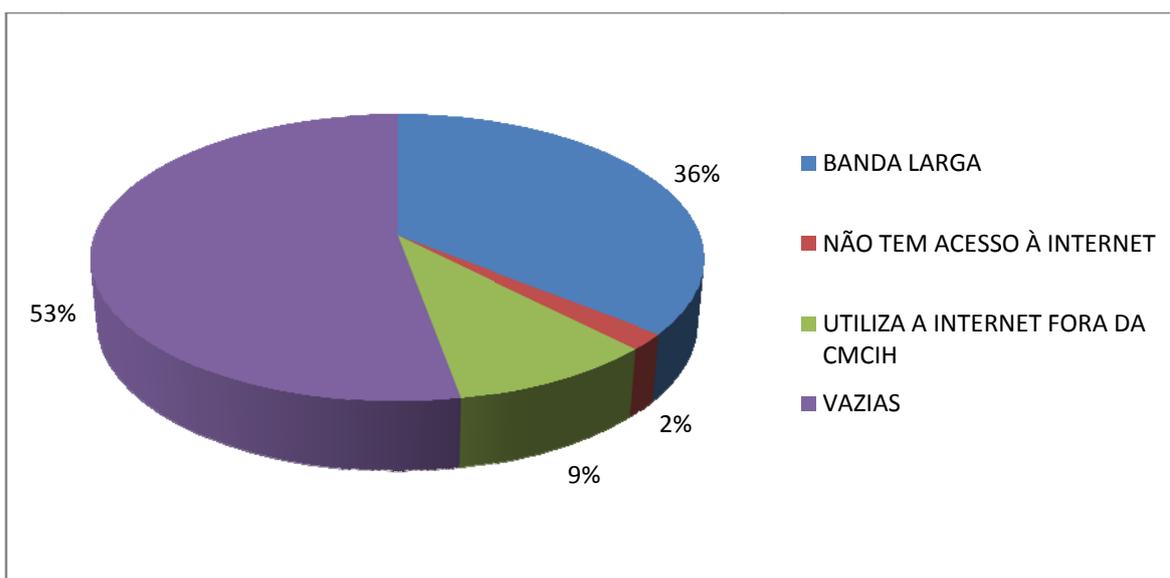


Gráfico 10: Infraestrutura da CECIH: acesso à internet.

Em relação às atividades desenvolvidas pelas CMCIHs, 28% (15) realizam inspeções em serviços de saúde, 15% (8) ainda não realizam e 57% (30) dos formulários estavam com essa questão em branco (vazias) (Gráfico 11).

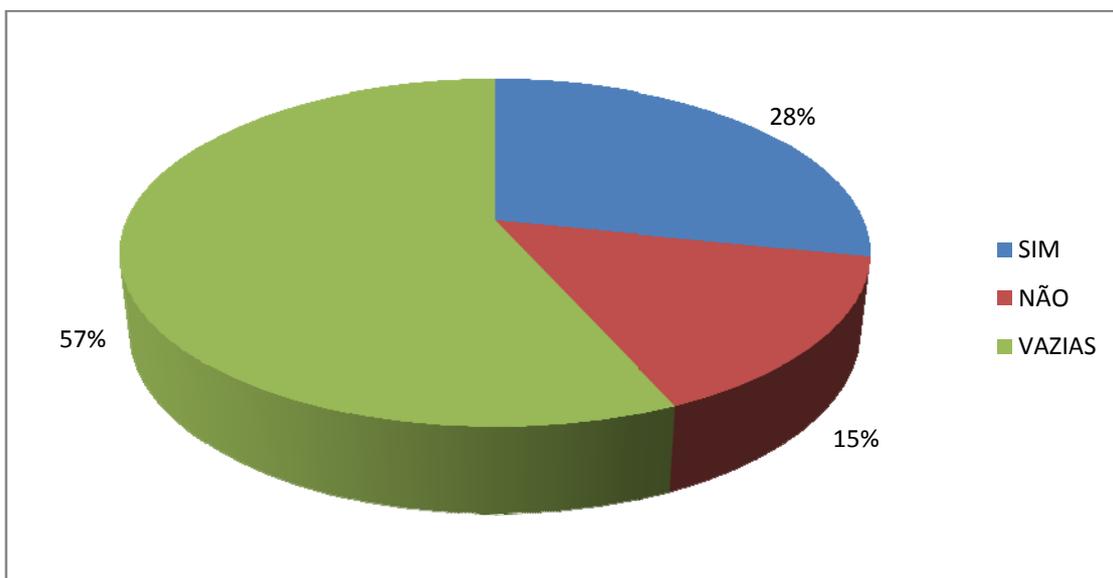


Gráfico 11: Atividades desenvolvidas pela CMCIH: inspeção em serviços de saúde.

Foi informado que 24% (13) das CMCIH não realizam inspeções conjuntas com a Vigilância Sanitária, enquanto 23% (12) das CMCIH realizam essas inspeções conjuntas, conforme indica o Gráfico 12. 53% (28) dos formulários estavam com essa questão em branco (vazias).

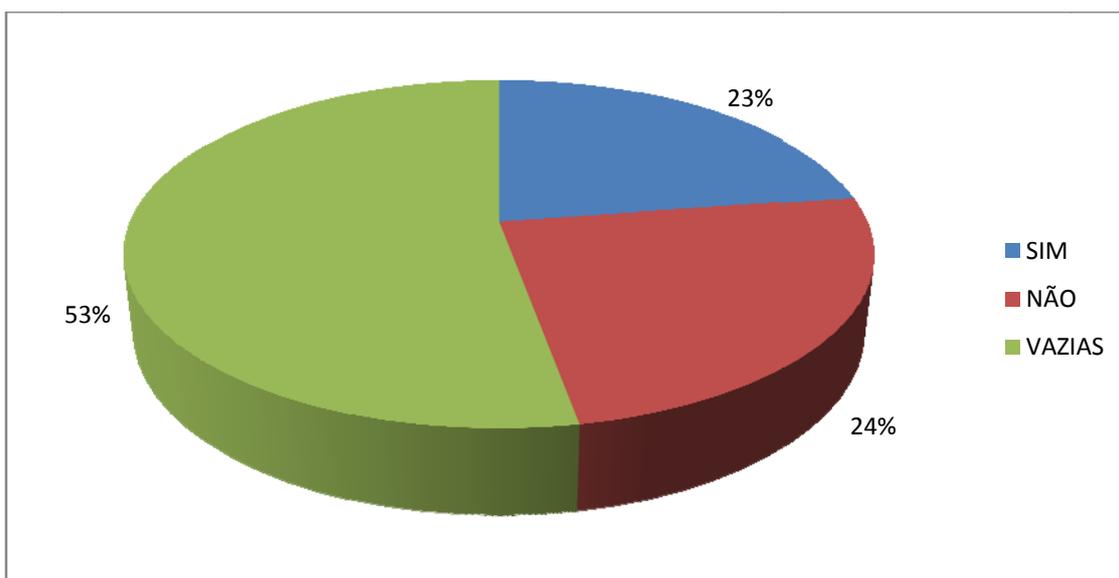


Gráfico 12: Atividades desenvolvidas pela CMCIH: inspeções conjuntas com a Vigilância Sanitária.

O gráfico 13 indica que 38% (20) das CMCIH realizam monitoramento de infecções hospitalares, 9% (5) não realizam esse monitoramento, apesar de ser uma das atribuições prioritárias das CMCIHs e 53% (28) dos formulários estavam com essa questão em branco (vazias).

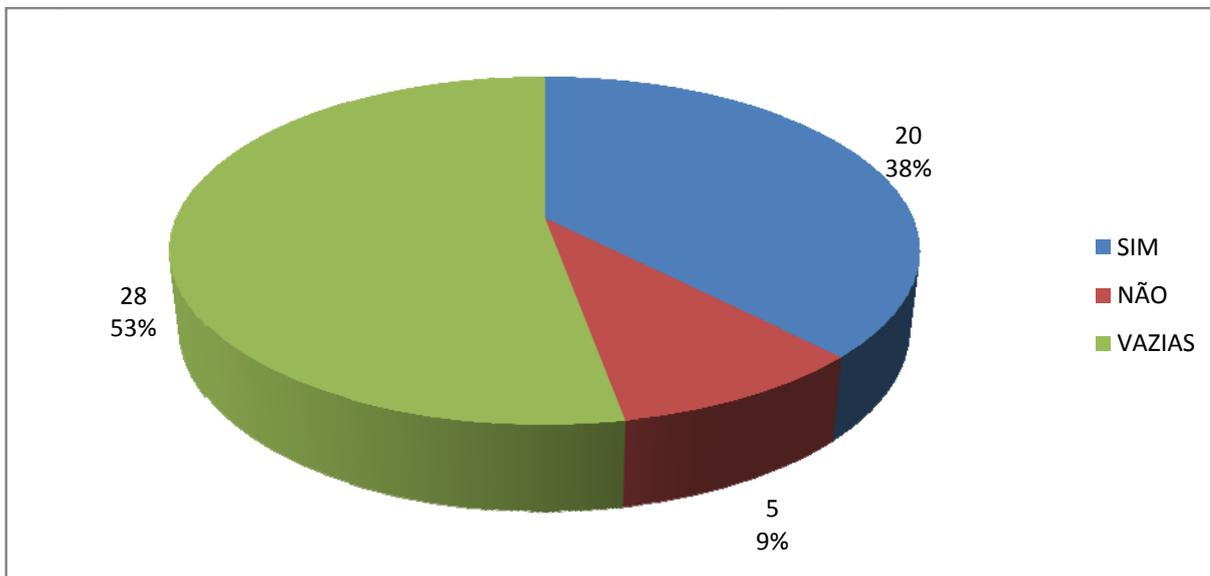


Gráfico 13: Atividades desenvolvidas pela CMCIH no monitoramento de infecções hospitalares.

Quanto à frequência de recebimento dos dados sobre infecção hospitalar, o Gráfico 14 mostra que 24% (13) das CMCIH recebem as notificações mensalmente, 11% (6) não fazem monitoramento dos dados, 8% (4) recebem os dados trimestralmente, 2% (1) recebem os dados anualmente e outros 2% (1) recebe com outra frequência (não informada no formulário eletrônico). 53% (28) dos formulários estavam com essa questão em branco (vazias).

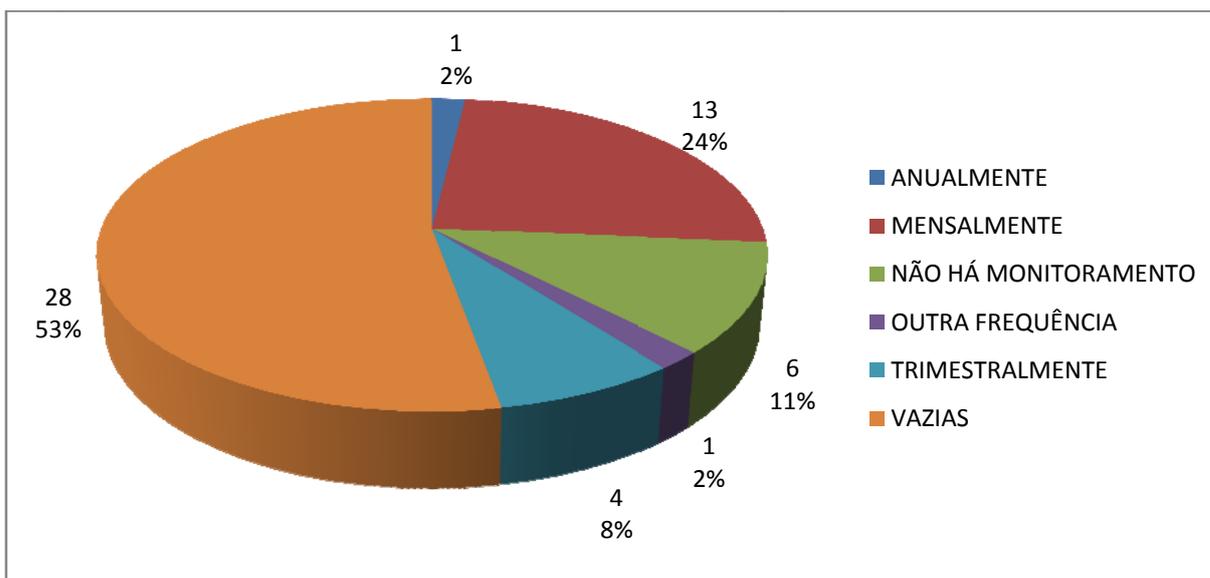


Gráfico 14: Frequência de recebimento dos dados sobre infecção hospitalar.

38% (20) das CMCIH realizam o monitoramento de surtos de infecção em serviços de saúde enquanto 9% (5) ainda não realizam esse monitoramento, 53% (28) dos formulários estavam com essa questão em branco (vazias). (Gráfico 15).

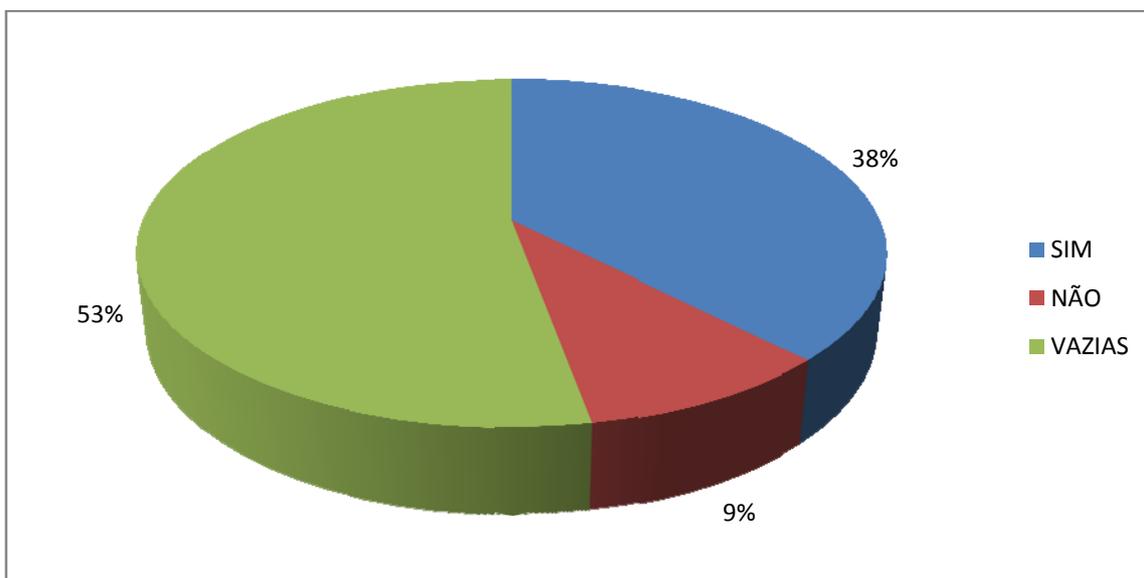


Gráfico 15: Atividades desenvolvidas pela CMCIH: monitoramento de surtos de infecção hospitalar.

Foi reportado que 38% (20) das CMCIH realizam investigação de surtos de infecção em serviços de saúde, enquanto 9% (5) ainda não realizam ações de investigação de surtos e 53% (28) dos formulários estavam com essa questão em branco (vazias). (Gráfico 16).

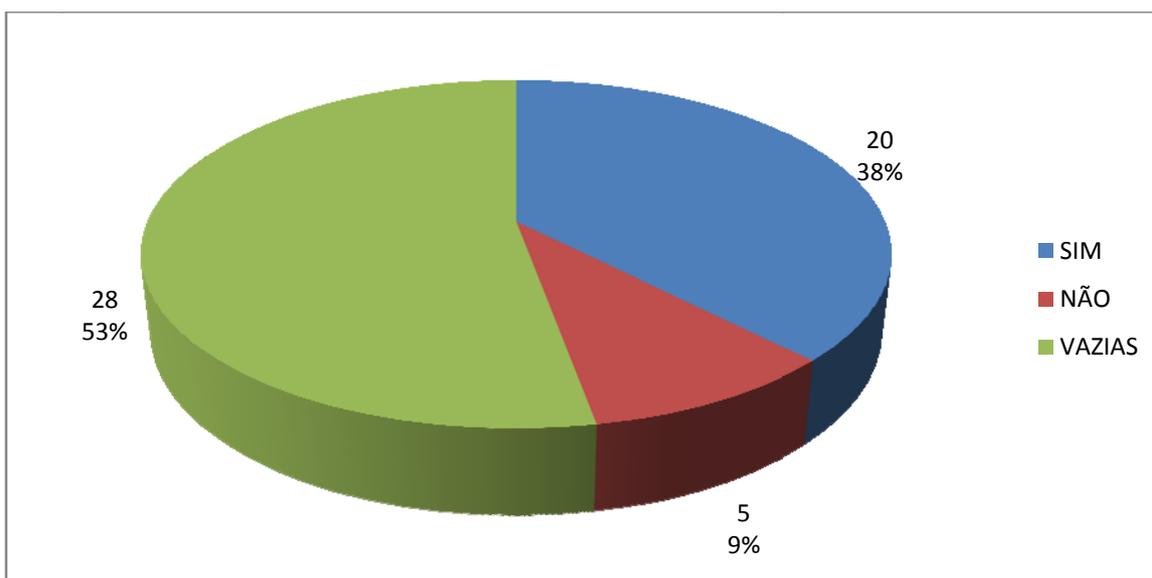


Gráfico 16: Atividades desenvolvidas pela CMCIH: investigação de surtos de infecção em serviços de saúde.

O Gráfico 17 demonstra que 38% (20) das CMCIH informaram realizar ações de educação em saúde, 11% (6) não realizam essas ações e 51% (27) dos formulários estavam com essa questão em branco (vazias).

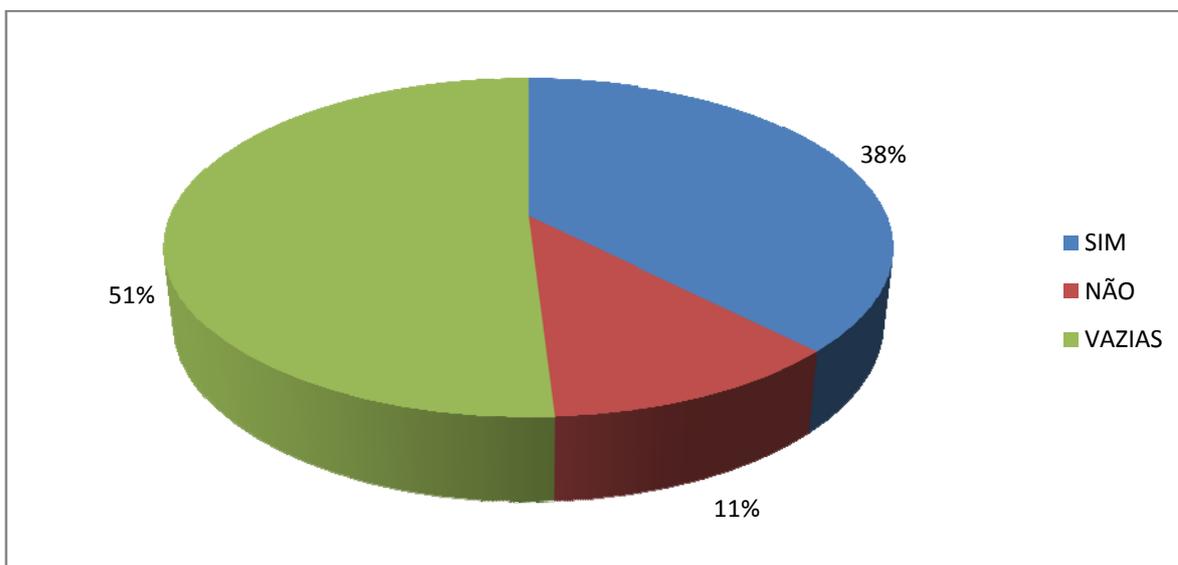


Gráfico 17: Atividades desenvolvidas pela CMCIH: educação em saúde.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados por esse Relatório pode-se concluir que ainda há um número muito reduzido de formulários eletrônicos preenchidos em um período de 2 anos de validade do formulário eletrônico, o que exige um maior empenho da Anvisa e das Coordenações Estaduais de Controle de Infecção Hospitalar (CECIH) no sentido de estimular a adesão dos municípios a participar desse cadastramento nacional, já que o objetivo principal dessa iniciativa é fazer um diagnóstico da estruturação das CMCIHs brasileiras.

Por esse levantamento, ainda preliminar, pode-se concluir que o trabalho das CMCIHs existentes ainda é muito insipiente, necessitando de fortalecimento por parte dos Secretários Municipais de Saúde e estabelecendo metas e prioridades para o trabalho da Coordenação, por meio da elaboração do Programa municipal de controle de infecção hospitalar.

Este fortalecimento não deverá ocorrer somente no campo organizacional e administrativo, mas também assegurando a infraestrutura adequada para o desenvolvimento de atividades de vigilância e monitoramento de IRAS, entre outras.

Além disso, acrescenta-se a necessidade do gestor investir mais na motivação e qualificação dos profissionais que atuam nas CMCIHs para que a prestação dos serviços à população possa ser cada vez mais qualificada, reduzindo assim os riscos nos serviços de saúde e agregando mais valor à CMCIH.

Salienta-se que o trabalho das CMCIHs com a Vigilância Sanitária local é fundamental para o estabelecimento conjunto de ações que contribuam para a redução e gravidade das infecções nos serviços de saúde.

A Anvisa/MS tem buscado cada vez mais o estreitamento da relação com as CMCIHs, por meio da maior interação com as CECIH, pois reconhece que, somente com esta parceria tripartite será possível o aprimoramento das medidas de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, especialmente aquelas voltadas para a prevenção e controle das IRAS.