

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete do Ministro
Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso das suas atribuições que lhe confere o art. 87, inciso II da Constituição, e

Considerando as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes ao seu funcionamento;

Considerando que o Capítulo I art. 5º e inciso III da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), "a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas",

Considerando que no exercício da atividade fiscalizadora os órgãos estaduais de saúde deverão observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes (Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976, art. 2º, inciso IV);

Considerando os avanços técnico-científico, os resultados do Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções hospitalares. Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar, o reconhecimento mundial destas ações como as que implementam a melhoria da qualidade da assistência à Saúde, reduzem esforços, problemas, complicações e recursos;

Considerando a necessidade de informações e instrução oficialmente constituída para respaldar a formação técnico-profissional, resolve:

Art. 1º Expedir, na forma dos anexos I, II, III, IV, e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Art. 2º As ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, compõem o Programa de Controle de infecções Hospitalares.

Art. 3º A secretaria de Política de Saúde, do Ministério da Saúde, prestará cooperação técnica às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação das normas aprovadas por esta Portaria.

Art. 4º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde poderão adequar as normas conforme prevê a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Art. 5º A inobservância ou o descumprimento das normas aprovadas por esta Portaria sujeitará o infrator ao processo e às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 agosto de 1977, ou outra que a substitua, com encaminhamento dos casos ou ocorrências ao Ministério Público e órgãos de defesa do consumidor para aplicação da legislação pertinente (Lei nº 8.078/90 ou outra que a substitua).

Art 6º Este regulamento deve ser adotado em todo território nacional, pelas pessoas jurídicas e físicas, de direito público e privado envolvidas nas atividades hospitalares de assistência à saúde.

Art 7º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art 8º Fica revogada a Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992.

Barjas Negri

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ANEXO I

ORGANIZAÇÃO

1. O Programa de Controle de Infecção Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

2. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

2.1 A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados.

2.2 Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores.

2.2.1 O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital.

2.3 Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços:

2.3.1 serviço médico;

2.3.2 serviço de enfermagem;

2.3.3 serviço de farmácia;

2.3.4 laboratório de microbiologia;

2.3.5 administração.

2.4 Os hospitais com número de leitos igual ou inferior a 70 (setenta) atendem os números 2.3.1 e 2.3.2.

2.5 Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção hospitalar e, portanto, são encarregados da execução programada de controle de infecção hospitalar;

2.5.1. Os membros executores serão, no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste

número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais.

2.5.1.1. - Um dos membros executados deve ser, preferencialmente, um enfermeiro.

2.5.1.2. - A carga horária diária, dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos indicado no número 2.5.1.

2.5.1.3. - Nos hospitais com leitos destinados a paciente críticos, a CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração.

2.5.1.3.1. Para fins desta Portaria, consideram-se pacientes críticos:

2.5.1.3.1.1. pacientes de terapia intensiva (adulto, pediátrico e neonatal);

2.5.1.3.1.2. pacientes de berçário de alto risco;

2.5.1.3.1.3. pacientes queimados;

2.5.1.3.1.4. pacientes submetidos a transplantes de órgãos;

2.5.1.3.1.5. pacientes hemato-oncológicos;

2.5.1.3.1.6. pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

2.5.1.4 - Admite-se, no caso do número 2.5.1.3., o aumento do número de profissionais executores na CCIH, ou a relativa adequação de carga horária de trabalho da equipe original expressa no número 2.5.1;

2.5.1.5 - Em hospitais com regime exclusivo de internação tipo paciente-dia, deve-se atender aos números 2.1, 2.2 e 2.3, e com relação ao número 2.5.1., a carga de trabalho dos profissionais será de 2 (duas) horas diárias para o enfermeiro e 1 (uma) hora para os demais profissionais, independente do número de leitos da instituição.

2.5.1.6 - Os hospitais poderão consorciar-se no sentido da utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas à implantação e manutenção do Programa de Controle da infecção Hospitalar.

2.5.1.7 - Os hospitais consorciados deverão constituir CCIH própria, conforme os números 2 e 2.1, com relação aos membros consultores, e prover todos os recursos necessários à sua atuação.

2.5.1.8 - O consórcio deve ser formalizado entre os hospitais componentes. Os membros executores, no consórcio, devem atender aos números 2.5.1, 2.5.1.1, 2.5.1.2, 2.5.1.3 e 2.5.1.4.

COMPETÊNCIAS

3. A CCIH do hospital deverá:

3.1 elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a:

3.1.1 implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III;

3.1.2 adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das infecções hospitalares;

3.1.3 capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

3.1.4 uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

3.2 avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores de CCIH;

3.3 realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

3.4 elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

3.5 elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

3.6 adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;

3.7 definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

3.8 cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

3.9 elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

3.10 cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;

3.11 notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

3.12 notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

4. Caberá à autoridade máxima da instituição:

4.1 constituir formalmente a CCIH;

4.2 nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;

4.3 propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

4.4 aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;

4.5 garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados delibera-tivos e formuladores de política da instituição, como, por exemplo, os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;

4.6 garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;

4.7 Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH e às alterações que venham a ocorrer;

4.8 fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

5. À Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, compete:

5.1 definir diretrizes de ações de controle de infecção hospitalar;

5.2 apoiar a descentralização das ações de prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.3 coordenar as ações nacionais de prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.4 estabelecer normas gerais para a prevenção e controle das infecções hospitalares;

5.5 estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle de infecção hospitalar;

5.6 promover a articulação com órgãos formadores, com vistas à difusão do conteúdo de conhecimento do controle de infecção hospitalar;

5.7 cooperar com a capacitação dos profissionais de saúde para o controle de infecção hospitalar;

5.8 identificar serviços municipais, estaduais e hospitalares para o estabelecimento de padrões técnicos de referência nacional;

5.9 prestar cooperação técnica, política e financeira aos Estados e aos Municípios, para aperfeiçoamento da sua atuação em prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.10 acompanhar e avaliar as ações implementadas, respeitadas as competências estaduais/distrital e municipais de atuação, na prevenção e controle das infecções hospitalares;

5.11 estabelecer sistema nacional de informações sobre infecção hospitalar na área de vigilância epidemiológica;

5.12 estabelecer sistema de avaliação e divulgação nacional dos indicadores da magnitude e gravidade das infecções hospitalares e da qualidade das ações de seu controle;

5.13 planejar ações estratégicas em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e os Municípios;

5.14 acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar.

6. Às Coordenações Estaduais e Distrital de Controle de Infecção Hospitalar, compete:

6.1 definir diretrizes de ação estadual/distrital, baseadas na política nacional de controle de infecção hospitalar;

6.2 estabelecer normas, em caráter suplementar, para a prevenção e controle de infecção hospitalar;

6.3 descentralizar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar dos Municípios;

6.4 prestar apoio técnico, financeiro e político aos municípios, executando, supletivamente, ações e serviços de saúde, caso necessário;

6.5 coordenar, acompanhar, controlar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar do Estado e Distrito Federal;

6.6 acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção

hospitalar;

6.7 informar, sistematicamente, à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, a partir da rede distrital, municipal e hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

7. As Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar, compete:

7.1 coordenar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar na rede hospitalar do Município;

7.2 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;

7.3 colaborar e acompanhar os hospitais na execução das ações de controle de infecção hospitalar;

7.4 prestar apoio técnico às CCIH dos hospitais;

7.5 informar, sistematicamente, à Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar do seu Estado, a partir da rede hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ANEXO II

CONCEITOS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

1. Conceitos básicos.

1.1 Infecção comunitária (IC):

1.1.1 é aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital.

1.1.2 São também comunitárias:

1.1.2.1 a infecção que está associada com complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a menos que haja troca de microrganismos com sinais ou sintomas fortemente sugestivos da aquisição de nova infecção;

1.1.2.2 a infecção em recém-nascido, cuja aquisição por via transplacentária é co-nhecida ou foi comprovada e que tornou-se evidente logo após o nascimento (exemplo: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, sífilis e AIDS);

1.1.2.3 As infecções de recém-nascidos associadas com bolsa superior e 24 (vinte e quatro) horas.

1.2. Infecção hospitalar (IH):

1.2.1 é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

2. Critérios para diagnóstico de infecção hospitalar, previamente estabelecidos e descritos.

2.1 Princípios:

2.1.1 o diagnóstico das infecções hospitalares deverá valorizar informações oriundas de:

2.1.1.1 evidência clínica, derivada da observação direta do paciente ou da análise de seu prontuário;

2.1.1.2 resultados de exames de laboratório, ressaltando-se os exames microbiológicos, a pesquisa de antígenos, anticorpos e métodos de visualização realizados.

2.1.1.3 evidências de estudos com métodos de imagem;

2.1.1.4 endoscopia;

2.1.1.5 biópsia e outros.

2.2 Critérios gerais:

2.2.1 quando, na mesma topografia em que foi diagnosticada infecção comunitária, foi isolado um germe diferente, seguido do agravamento das condições clínicas do paciente, o caso deverá ser considerado como infecção hospitalar;

2.2.2 quando se desconhecer o período de incubação do microrganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionou-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresente a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão;

2.2.3 são também convencionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 (setenta e duas) horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período;

2.2.4 as infecções recém-nascido são hospitalares, com exceção das transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas a bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas;

2.2.5 os pacientes provenientes de outro hospital que se internam com infecção, são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem infecção hospitalar. Nestes casos, a Coordenação Estadual/Distrital/Municipal e/ou o hospital de origem deverão ser informados para computar o episódio como infecção hospitalar naquele hospital.

3. Classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica

3.1 as infecções pós-cirúrgicas devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendido como o número de microrganismos presentes no tecido a ser operado;

3.2 a classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião, de acordo com as seguintes indicações;

3.2.1 Cirurgias Limpas - são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetração nos tratos digestivos, respiratório ou urinário;

3.2.2 Cirurgias Potencialmente Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no trans-operatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivos, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.

3.2.3 Cirurgias Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de

segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria.

3.2.4 Cirurgias Infectadas - são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

ANEXO III

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

1. Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

2. A CCIH deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do hospital, à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo;

2.1 São indicados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

3. São recomendados os métodos de busca ativos de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

4. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

5. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente, nos serviços de Berçário de Alto Risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) Queimados, são;

5.1 Taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

5.2 Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentam infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;

5.3 Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

5.4 Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento.

Exemplos:

Taxa de infecção do sítio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação.

Taxa de infecção urinária após cateterismo vesical.

Taxa de pneumonia após uso de respirador.

5.5 Recomenda-se que os indicadores epidemiológicos dos números 5.1 e 5.2 sejam calculados utilizando-se no denominador o total de pacientes dia, no período.

5.5.1. O número de pacientes dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

5.6 Recomenda-se que o indicador do número 5.4 pode ser calculado utilizando-se como denominador o número total de procedimentos dia.

5.6.1. O número de pacientes dia é obtido somando-se o total de dias de permanência do procedimento realizado no período considerado.

5.7. outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por cirurgião e por especialidade.

5.8 Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologia, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por microrganismo e como denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado.

5.9 Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microrganismo sensível e determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir das espécimes encontradas.

5.10. Indicadores de uso de antimicrobianos.

5.10.1 Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou te-rapêutico) no período considerado. Pode ser especificado por clínica de internação. É calculado tendo como numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o número total de pacientes no período.

5.10.2 Frequência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais, É calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano no período, e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período.

5.11 Taxa de letalidade associada a infecção hospitalar, é calculada tendo como numerador o número de óbitos ocorridos de pacientes com infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.

5.12 Consideram-se obrigatórias as informações relativas aos indicadores epidemiológicos 5.1, 5.2, 5.3 e 5.11, no mínimo com relação aos serviços de Berçário de alto risco, UTI (adulto/ pediátrica/neonatal) e queimados.

6. Relatórios e Notificações

6.1 A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar.

6.2 O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das

infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológico detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos.

6.3 É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outros cirurgiões de mesma especialidade ou equivalente.

6.4 O relatório de vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/Distrital/Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar ANEXO IV LAVAGEM DAS MÃOS

1. Lavagem das mãos é a fricção manual vigorosa de toda a superfície das mãos e punhos, utilizando-se sabão/detergente, seguida de enxágüe abundante em água corrente.

2. A lavagem das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares.

3. O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após contatos que envolvam mucosas, sangue ou outros fluidos corpóreos, secreções ou excreções.

4. A lavagem das mãos deve ser realizada tantas vezes quanto necessária, durante a assistência a um único paciente, sempre que envolver contato com diversos sítios corporais, entre cada uma das atividades.

4.1 A lavagem e anti-sepsia cirúrgica das mãos é realizada sempre antes dos procedimentos cirúrgicos.

5. A decisão para a lavagem das mãos com uso de anti-séptico deve considerar o tipo de contato, o grau de contaminação, as condições do paciente e o procedimento a ser realizado.

5.1 A lavagem das mãos com anti-séptico é recomendada em;
realização de procedimentos invasivos;
prestação de cuidados a pacientes críticos;
contato direto com feridas e/ou dispositivos, tais como cateteres e drenos.

6. Devem ser empregadas medidas e recursos com o objetivo de incorporar a prática da lavagem das mãos em todos os níveis de assistência hospitalar.

6.1 A distribuição e a localização de unidades ou pias para lavagem das mãos, de forma a atender à necessidade nas diversas áreas hospitalares, além da presença dos produtos, é fundamental para a obrigatoriedade da prática.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar ANEXO V RECOMENDAÇÕES GERAIS.

1 A utilização dos anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes seguirá as determinações da Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988, da Secretaria de

Vigilância Sanitária (SVS)/ do Ministério da Saúde e o Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde/MS, 2ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

1.1 Não são recomendadas, para a finalidade de anti-sepsia, as formulações contendo mercuriais orgânicos, acetona, quaternário de amônio, líquido de Dakin, éter e clorofórmio.

2. As normas de limpeza, desinfecção e esterilização são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde, Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2ª edição, 1994 - princípios ativos liberados conforme os definidos pela Portaria nº 15, SVS, de 23 de agosto de 1988, ou outras que a complementem ou substituam.

3. As normas de procedimentos na área de Microbiologia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde - Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1ª edição, 1991, ou outras que as complementem ou substituam.

4. As normas para lavanderia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde - Manual de Lavanderia Hospitalar, 1ª edição, 1986, ou outras que as complementem ou substituam.

5. A Farmácia Hospitalar seguirá as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde - Guia Básico para a Farmácia Hospitalar, 1ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

(Of. nº 31/98)

2. Repercussões da Portaria MS 2.616 / 98 para o controle de infecções

A Portaria 2.616/98 representou a adequação da antiga regulamentação ministerial às novas determinações da Lei Federal 9.431 de 06 de janeiro de 1997. A partir de um projeto de lei que aperfeiçoava a Portaria MS 930/ 92, esta lei, aprovada pelo Congresso, foi vetada em vários de seus artigos, causando um profundo impacto negativo, principalmente diante dos profissionais, que de alguma forma atuavam no controle efetivo das infecções hospitalares. Apesar da controvérsia instalada, a referida lei teve como aspecto positivo a destacar ter tornado obrigatória a existência de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais.

Como as portarias anteriores, a 2.616/98 é composta por cinco anexos com as diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. O anexo I trata da organização e competências do programa e da comissão de controle de infecção. No anexo II temos conceito e critérios diagnósticos das infecções hospitalares; no anexo III temos orientações sobre a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e seus indicadores; nos anexos IV e V observamos recomendações sobre a lavagem das mãos e outros temas como uso de germicidas, microbiologia, lavanderia e farmácia, dando ênfase à observância de publicações anteriores do Ministério da Saúde.

O anexo I mantém as definições da CCIH e PCIH da Lei Federal. Há uma melhor especificação da composição da CCIH, que deverá ter seus membros

formalmente designados pela direção do hospital, incluindo seu presidente, que fará obrigatoriamente parte do conselho diretivo da instituição. Os membros são divididos em consultores e executores, sendo estes últimos encarregados da execução do PCIH, representando o ex- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). Uma importante novidade é que a sua composição deve ser informada ao órgão oficial municipal ou estadual.

Na composição deste serviço observamos uma importante alteração, ao recomendar preferentemente um enfermeiro e que o segundo profissional de nível superior não seja necessariamente um médico. À carga horária recomendada anteriormente (6 horas diárias para o enfermeiro e 4 horas diárias para o outro profissional, para cada 200 leitos) foram acrescidas duas horas adicionais de trabalho diário para cada 10 leitos destinados aos pacientes críticos (terapia intensiva, berçário de alto risco, queimados, transplante de órgãos, pacientes hemato-oncológicos ou com AIDS). Isto parte do princípio que a vigilância e as medidas de controle nestas unidades requerem atenção diferenciada. Entretanto, esta composição deve acompanhar a política de recursos humanos do hospital como um todo, particularmente nas instituições com deficiências de pessoal em outras áreas essenciais do atendimento.

A competência da CCIH na Portaria 2616/98 é uma somatória do que foi atribuído à CCIH e ao SCIH na recomendação anterior, acrescidas de novas e importantes determinações, de acordo com as características e necessidades da instituição. Dentre estas destacam-se: o uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares. Além disso, em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, deve definir uma política de utilização de antimicrobianos e na ausência de um núcleo de epidemiologia deve informar às autoridades sanitárias, os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória, relatar as informações epidemiológicas solicitadas e os casos suspeitos de estarem relacionados à utilização de insumos ou produtos industrializados. Estas novas recomendações objetivam tornar mais atuante as ações de controle de infecção, integrando-as na estrutura administrativa da instituição, substituindo seu papel eminentemente consultivo para participar com maior profundidade dos processos decisórios. Além disso, aprimora a integração do controle de infecção com as autoridades sanitárias.

Outro aspecto importante introduzido por esta nova portaria é a atribuição de competências específicas ao Estado, seja a nível federal, estadual ou municipal. Para a Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde ficou a definição das diretrizes e sua coordenação geral, apoiando a descentralização das ações, estabelecendo as normas, critérios, parâmetros e métodos para o controle de infecções. É deste nível a responsabilidade para promover a articulação com órgãos formadores, para a difusão do conhecimento do controle de infecções, cooperando com a capacitação dos profissionais de saúde, identificando serviços de referência. Destacamos que muitas destas atividades, mesmo sem estar formalmente estabelecidas, já foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, mas depois foram inexplicavelmente abandonadas.

Além disto, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Política de Saúde e da Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, deve cooperar técnica,

política e financeiramente com as ações desenvolvidas pelos Estados e Municípios, acompanhando e avaliando-as, procurando estabelecer um sistema nacional sobre infecção hospitalar, divulgando indicadores da sua magnitude, gravidade e qualidade das ações de controle. Assim os dados seriam coletados regionalmente e encaminhados ao Ministério da Saúde para uma consolidação de caráter nacional. Logo, compete às coordenações Estaduais e Municipais definir as normas locais, descentralizando efetivamente as ações, prestando apoio técnico, financeiro e político aos municípios, acompanhando, avaliando e divulgando os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar, além de informá-los periodicamente ao Ministério da Saúde. Para os municípios cabe adicionalmente acompanhar os hospitais nas ações de controle de infecção, prestando apoio técnico à sua execução.

De acordo com o que foi noticiado pela imprensa leiga, existe uma tendência a se tornar as infecções hospitalares uma doença de notificação compulsória. Apesar da importância inquestionável de termos dados nacionais a respeito deste problema de saúde pública, esta medida deve ser repensada, tendo em vista o questionável valor prático de sua implantação neste molde e principalmente das possíveis repercussões no atendimento à saúde, particularmente para os que são assistidos pela iniciativa privada, onde muitas vezes as patologias de notificação compulsória não são cobertas pela preestabelecida abrangência contratual de assistência. Assim temos as sérias conseqüências para cada um destes pacientes, que ficariam a mercê de seus próprios recursos, de eventuais demandas jurídicas contra os hospitais ou seus convênios, ou estariam sobrecarregando o sistema público de atendimento, como já acontece com a maioria das doenças que atualmente são de notificação compulsória. Ao nosso ver, seria preferível que as instituições fossem efetivamente obrigadas a notificar periodicamente seus indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar e estes dados seriam consolidados em um sistema de vigilância epidemiológica, como aliás está recomendado atualmente.

Os critérios diagnósticos de infecção hospitalar, discutidos no anexo II, sofreram uma importante alteração no que refere à classificação das infecções em recém-nascidos. Assim, passaram a ser consideradas comunitárias, além das transmitidas de forma trans-placentária, aquelas associadas à bolsa rota por período superior a 24 horas. Outro ponto enfatizado é a necessidade de se informar os casos de IH adquiridas em outro hospital à Coordenação Estadual/Distrital/Municipal ou à instituição de origem.

Este mesmo anexo apresenta uma classificação das cirurgias por potencial de contaminação, que, de acordo com sua recomendação, deverá ser feita pelo cirurgião, ao final do ato operatório. Basicamente, o princípio que norteia estes critérios, coincide com o exposto no decorrer deste livro, ou seja o intra-operatório determina a classificação e não mais aquelas "famosas" listas de procedimentos, que classificavam-no arbitrariamente e previamente. Assim, as cirurgias limpas são as realizadas sem intercorrências em tecidos estéreis. As operações potencialmente contaminadas ocorrem em tecidos colonizados com flora pouco numerosa e em tecidos estéreis mas com falhas técnicas discretas ou drenagem. Os procedimentos contaminados são executados nos casos de tecidos recentemente traumatizados ou abertos, falhas técnicas grosseiras,

inflamação aguda, cicatrização em segundo intenção, ou em locais com flora bacteriana abundante. Finalmente, as cirurgias infectadas são aquelas realizadas em presença de supuração ou necrose.

No anexo III, o conceito de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares determina a observação ativa, sistemática e contínua da sua distribuição e dos eventos e condições que afetam sua ocorrência. Inclui também a possibilidade de avaliar pacientes não hospitalizados, nos métodos de vigilância pós alta e principalmente que as atividades devem ser realizadas “com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle”, ou seja a consolidação e interpretação dos dados deve ser ágil, indicando rapidamente as prioridades das ações de controle, possibilitando resultados práticos desta atividade. Permanece a recomendação pelos métodos ativos de vigilância, que deverão ser adequados às características do hospital. Foi introduzida também a possibilidade de realizar o método apenas em determinados setores do hospital, de acordo com as opções desenvolvidas pelos componentes da metodologia NNIS.

É obrigatório pelo menos o cálculo da taxa de infecção hospitalar; taxa de pacientes com infecção hospitalar; distribuição percentual dos episódios de IH; e a taxa de letalidade associada a infecção hospitalar. Os dois primeiros podem ser obtidos em relação ao total de diárias (pacientes-dia) e não apenas em relação às saídas, calculando-se assim a taxa de densidade, que melhor reflete a exposição dos doentes a estes episódios. É recomendado que a frequência das infecções por microorganismos seja calculada a partir do número de episódios de infecção hospitalar e não pelo total de agentes isolados, caso em que obtemos a sua distribuição. É sugerido que o dimensionamento do consumo de antibióticos seja feito através do cálculo do percentual de pacientes que utilizaram estas drogas e pela frequência relativa do emprego de cada princípio ativo. Ressaltamos que o cálculo da Dose Diária Definida, recomendada pelo Manual de Farmácia Hospitalar editado pelo próprio Ministério da Saúde, é um melhor indicador da utilização destas drogas.

O anexo IV é dedicado especificamente à lavagem das mãos, identificada como a mais importante ação para o controle das infecções hospitalares, devendo ser realizada após contatos que envolvam mucosas, secreções, excretas e sangue ou outros fluídos corpóreos. Mesmo na assistência a um único paciente ela deve ser realizada sempre que envolver a manipulação de um outro sítio corporal. Adicionalmente é recomendada a lavagem com anti-sépticos na realização de procedimentos invasivos, prestação de cuidados a doentes críticos e no contato direto com feridas ou dispositivos invasivos como catéteres e drenos. Por sua vez, o anexo V trás recomendações gerais sobre o uso de germicidas (mantendo a proibição do emprego de vários anti-séptico tradicionais), normas para limpeza, desinfecção e esterilização, além de orientações para os procedimentos na área de microbiologia, lavanderia e farmácia, sempre recomendando o seguimento das orientações definidas em portarias e normas previamente elaboradas pelo Ministério da Saúde.